

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



315735
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/05 4-Data de Autorização 12/31/05 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7583564 7-Data Validade da Guia 11/9/08 8-Data Validade da Guia 11/2/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202012529869800000001001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ADRIANA SANTOS DA CUNHA 02/12/1979 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ADRIANA SANTOS DA CUNHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE 18-Número no CRO 113873 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE 23-Número no CRO 113873 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE 27-Número no CRO 113873 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Guia
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5		CONSULTA ODONTOLÓGICA	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Assinto assim no campo abaixo:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

CRO 112273