

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

446228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8168009	7-Data Validade da Senha 12/08/10 13/12/11
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020125326832010000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOZENIR DA MOTA MALHADES	13-Data 19/12/1968	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano JOZENIR DA MOTA MALHADES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61100				06/03/12	
2	010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61100				06/03/12	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122100	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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 pagar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/12	53-Data, local e Calhama da Empresa 12/01/12
---	---	---	---