

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-F-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2015 11:20	4-Data de Autorização 11/11/2015 11:20	5-Sinista AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7550986	7-Data Validade da Senha 10/06/2018 11:20	311589 INTERCÂMBIO
----------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002022529800400000010103		14-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Nome do titular do plano CINTIA MARIANA VICENTE			
13-Nome LUZIA DAS GRACAS SOUZA		27/11/1960					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Endereço a RN RODRIGO SANTOS MONTEIRO		19-UF SP		205 - Faturar Empresa	
17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		23-Número no CRO 134314		24-UF SP		Enviar - RX (I) 85100218	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14321030081823		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		26-UF SP		25-Código CNES (I) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		27-Número no CRO 134314		28-UF SP		25-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Relevo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Clossa 42-Assinatura
1-	00851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VDP	1	1	1	2	2	0	0	11/11/2015	X. Souza
2-	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	1	1	6	1	0	0	11/11/2015	X. Souza
3-	00851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDP	1	1	1	2	2	0	0	11/11/2015	X. Souza
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 301500	47-Valor Total R\$ 000000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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 prestadora 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
DOUTOR MONTEIRO Dr. Rodrigo Monteiro Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---