

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/09/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8284857		7-Data Validade da Senha 10/10/15		473559 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 002020253204040000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome JOAO DORNELES MAGNUS				14-Telefone ()				11-Data Validade da Carteira / /			
15-Nome do titular do plano JOAO DORNELES MAGNUS				12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL DOC		18-Número no CRO 11316		19-UF RS		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170539197068		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO		23-Número no CRO 11316		24-UF RS		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO		27-Número no CRO 11316		28-UF RS		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00181000405				RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7800		37-Valor	
2-										38-Franquia/Co-participação R\$	
3-										39-Aut	
4-										40-Data de Realização	
5-										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
/ /		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		7800		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 em 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 05/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012	
53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/2012		54-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/2012		55-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/2012	

DentalDoc
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Marcelo Martini Vianna EMBELI
CNPJ: 302.490.600/0001-78