

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



362834
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/11/2011

6-Número da Guia Principal
7815617

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/10/2011

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025305461000000101

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
12/11/11

13-Nome
ROSANA FERREIRA DA SILVA SANTOS

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ROSANA FERREIRA DA SILVA SANTOS

16-Número no CRO
98515

17-Nome do Profissional Solicitante
MAYARA BECHARA LOBO

18-Atendimento a RN
N

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1360815806892

22-Nome do Contratado Exequente
MAYARA BECHARA LOBO

23-Número no CRO
98515

24-UF
SP

25-Código CBO S
98515

26-Número no CRO
98515

27-UF
SP

28-Código CBO S
98515

29-UF
SP

30-UF
SP

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-Motivo da Classe 42-Assinatura

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\$

49-Observação

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

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 Cartão da Empresa

Logo
Mayara B. Lobo
Cirurgiã dentista