

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



536406
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/8/10 4/12/11 4-Data de Autorização 11/2/10 5/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8531636 7-Data Validade da Senha 12/7/10 7/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5/357/00500000010011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO 06/01/1980 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DANIEL REIS PEREIRA DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 18-Número no CRO 10035 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105628727369 22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 23-Número no CRO 10035 24-UF CE 25-Código CHES 26-UF CE 27-Número no CRO 10035 28-UF CE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Nome do Grupo	42-Atividade
1	00	8100421	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	0,00	0,00	12/05/2011	12/05/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados de Emissão do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 e controlados. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima descrito(s) foram realizados, 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-Dados Gerais e Assinaturas do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Cidade 52-UF 53-Data, local e Carimbo da Empresa 54-Data, local e Carimbo da Empresa

