



Exatidão para toda a vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980603	7-Data Validade da Senha 19/01/2013	401301 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 002020253261280000000102	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		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome ANA JULIA BRANCHINI SOUZA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JULIANA FERREIRA DOS SANTOS BRANCHINI	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES	18-Número no CRO 72296	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24719336884	22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES	23-Número no CRO 72296	24-UF SP	25-Código CNES	26-Número do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES	27-UF SP
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-01081000065	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
43-Data Prevista Término do Tratamento 21/11/2012						
44-Tipo de Agendamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 34,00						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						
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(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 21/11/2012						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012						
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11						