

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 15/11/2012 4-Data de Autorização 16/12/2012 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8300266 7-Data Validade da Sentia 16/12/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535473000010102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSIANE FAGUNDES DE SOUZA 14-Teléfono 17/04/1993 15-Nome do titular do plano JANIO CARLOS DE LIMA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,40	0,00			16/12/2012		Josiane
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60	0,00			16/12/2012		Josiane
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60	0,00			16/12/2012		Josiane
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60	0,00			16/12/2012		Josiane
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3,60	0,00			16/12/2012		Josiane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Estado	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	17,80	0,00			10,00		

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/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 Assinatura da Empresa

