

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

2249233
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2015	4-Data de Autorização 12/03/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 2249233	7-Data Validade da Senha 17/06/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025120550200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KELVEEN RODRIGUES NOGUEIRA					
14-Telefone () / /					
15-Nome do titular do plano KELVEEN RODRIGUES NOGUEIRA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114229102000198					
22-Nome do Contratado Executante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA					
26-Nome do Profissional Executante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0008510200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	088000
2-0008510200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	088000
3-0008510200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	088000
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 264,00	47-Valor Total R\$	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 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 Contratado-Dentista Solicitante 12/03/2015	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2015
	Dra. Lourdes Melina Aragón Cirurgião-Dentista CRO - SP - 94990		