

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



479167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8907139	7-Data Validade da Santa 11/09/2015
8-Diário do Beneficiário 01012012513568300000001011011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome SILMARIA DE FATIMA SILVA BEZERRA			20/08/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano SILMARIA DE FATIMA SILVA BEZERRA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES	18-Número no CRO 14878	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0121814311119178	22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES	23-Número no CRO 14878	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX () 85100200 () 85100200 () 85100200
26-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES		27-Número no CRO 14878	28-UF SC	29-Código CBO S	() 85100200 () 85100200 () 85100200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Fase	35-Cid
					36-Quantidade US
					37-Valor
					38-Franquia/Coparticipação R\$
					39-Aut
					40-Data de Realização
					41-Método da Guia
					42-Assinatura
1-0101811010001615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
3-0101815110002010		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OL	1
4-0101815110002010		RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1
5-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1
6-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1
7-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1
8-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1
9-0101815110002010		RESTAURAÇÃO RESINA	48	OL	1
10-0101815110002010		RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1
11-0101815110002010		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1
12-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1
13-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1
14-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1
15-0101815110001916		RESTAURAÇÃO RESINA			
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/2012	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 1962,10	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/08/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/08/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/08/2012

53-Data, local e Contorno da Empresa
11/08/2012

Dr. Allan de Lima Lopes
Cirurgião Dentista
CRO 14878-SC