

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 09/12/10		4-Data de Autorização 10/1/10 10/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7893185		7-Data Validade da Senha 12/1/11 12/12/10		380794 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 1010201253070260000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome IARAMI TELLES				10/01/1974				14-Telefone ()				15-Nome do titular do plano IARAMI TELLES											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Alterando a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05476318712		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA																					
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		27-Número no CRO 31345																					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabela 1-01085200166		32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO		33-Dente/Região 23		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 258100		37-Valor 0100		38-Franquia/Co-participação R\$ 0100		39-Aut S		40-Data de Realização 10/12/10		41-Motivo da Classe 42-Assinatura x			
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11 11/1/11				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				46-Tipo de Faturamento US 1258100				47-Valor Total R\$ 0100				48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100			

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), ocorreram 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 10/11/10 10/12/10 monique ferreira		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 10/12/10 monique ferreira		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/11/10 10/12/10 Iarami Telles		53-Data, local e Cambio da Empresa 10/11/10 10/12/10 Cirurgião Dentista	
---	--	---	--	--	--	--	--