

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



458368

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 0 1 2 1	4-Data de Autorização 2 1 1 0 1 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8213801	7-Data Validade da Senha 2 0 1 0 4 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 9 5 1 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EMILY DOS SANTOS RODRIGUES MOREIRA	14-Telefone () 3 3 5 1 - 3 8 4 6	15-Nome do titular do plano CLAUDIA FERNANDA DOS SANTOS SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO DUDENT	18-Número no CRO 10273	19-UF DF	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 6 1 0 1 5 6 0 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO DE LIMA DIAS	23-Número no CRO 10273	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO DE LIMA DIAS		27-Número no CRO 10273	28-UF DF	29-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0			2 1 0 1 2 1		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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 Dr. Leonardo Dias Cirurgião - Dentista CRO-DF 10273	Dr. Leonardo Dias Cirurgião - Dentista CRO-DF 10273
--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 2 1 0 1 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2 1 0 1 2 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2 1 0 1 2 1	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--