

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 29/11/2012	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999862	7-Data Validade da Serina 25/10/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

405921
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020202532802700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLUCIO SOARES DE JESUS		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano CARLUCIO SOARES DE JESUS

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 16986	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5815238112687		22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON	23-Número no CRO 16986	24-UF MG	25-Código CNEC	
26-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON		27-Número no CRO 16986	28-UF MG	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cnd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	2	9	4		LEVANTAMENTO	
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 12121210101	47-Valor Total R\$ 1010101	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, compreendendo-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 CARLUCIO SOARES DE JESUS	53-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa WANDER LIMA LOURENZON
---	---	---	---

Documentação Odontológica