

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

522528
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/11	4-Data de Autorização 19/04/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8479630	7-Data Validade da Senha 12/07/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253692700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLEITON NUNES REIS					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano CLEITON NUNES REIS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00182000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	7300	1
2-00182000859	EXODONTIA DE RAIZ	48	1	7300	1
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 114600					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					

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 Cirurgião-Dentista Solicitante 19/04/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/11	52-Data, local e Carimbo da Empresa 19/04/11 SSA
---	---	---