



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



02

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 22/10/2010	4-Data de Autorização 25/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7899272	7-Data Validade da Senha 22/11/2010	381706 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário							
3-Número da Carteira 00202532190400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde			
13-Nome MARIANA VITORIA DO NASCIMENTO		14-Telefone 16/07/2010	15-Nome do titular do plano DEISE TOSTA DO NASCIMENTO CRUZ				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IBERO - BIOIMAGEM-BUCO-MAXILO-FACIAL	18-Número no CRO 1164	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05430852520	22-Nome do Contratado Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS	23-Número no CRO 1164	24-UF BA	25-Código CNE S			
26-Nome do Profissional Executante JANE LUZIA FREIRE MATOS		27-Número no CRO 1164	28-UF BA	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Faixa 1 0 0 3 4 5	31-Código do Procedimento DOC ORTODONTICA "A"	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US 3 8 1 0 0	
37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização 02/10/20	41-Moeda da Guia 42-Assinatura			
43-Data Realização do Tratamento 02/10/20							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 8 1 0 0		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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) do(s) acima, e por mim assinado(s), 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 de emissão da Guia e Assinatura do Profissional Solicitante 02/10/20		51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20		53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/10/20	