

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

541728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/05/2011	4-Data de Autorização 05/05/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8551213	7-Data Validade da Sentença 02/08/2011
8-Número da Carteira 002025389000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento BRUNA KAROLINE COELHO MARTINS			13-Telefone () / /		
14-Atendimento a RN N			15-Nome do titular do plano BRUNA KAROLINE COELHO MARTINS		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16726247753			22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA			27-Número no CRO 37184		
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1008100065			32-Quantidade US 37184		
33-Dente/Região CONSULTA ODONTOLÓGICA			34-Face 1		
35-Qtd 1			36-Franchia/Co-participação R\$ 0,00		
37-Valor 34,00			38-Franchia/Co-participação R\$ 0,00		
39-Aut S			40-Data de Realização 05/05/2011		
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 05/05/2011 x Bruna					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	34,00	0,00	S	05/05/2011	05/05/2011 x Bruna
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/05/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 34,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 0,00
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 05/05/2011 Luis Alberto P. Taborda					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgião-Dentista 05/05/2011 K.C. Martins					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/2011 Bruna K.C. Martins					