

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422072
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11 11/12/10	4-Data de Autorização 12/04/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066321	7-Data Validade da Senha 11/06/10 12/11/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010120253357230000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL					
14-Telefone (1111) 1111 1111					
15-Nome do titular do plano FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1615239903387	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	27-Número no CRO 8314
18-Número no CRO 8314	19-UF CE
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	24-UF CE
23-Número no CRO 8314	25-Código CNES
28-UF CE	29-Código CBO S

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	2	0	0	8	7	5	EXODONTIA SIMPLES DE	37	1	1	7	3	0	0	1	0	0	18/11/2010	500 R
2-																					
3-																					
4-																					
5-																					
6-																					
7-																					
8-																					
9-																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 111173100	47-Valor Total R\$ 11110100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
---	--	---	-------------------------------------	--------------------------------	---

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 11/08/11 11/11/2010 Roberto Vasconcelos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/11 11/11/2010 Roberto Vasconcelos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/11 11/11/2010 Roberto Vasconcelos	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/08/11 11/11/2010 Roberto Vasconcelos
--	--	--	---

Ed. Lobras Carito CEP-60.025-060
 Fortaleza CE
 Roberto Vasconcelos

23.769.061/0002-02