

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

342638
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 12:01		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7720360		7-Data Validade da Sentença 11/01/10 12:01	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 000202530198900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Nome DAYSE OLIVEIRA DOS SANTOS									
14-Telefone () - - - - -									
15-Nome do titular do plano DAYSE OLIVEIRA DOS SANTOS									
16-Mandante a RN N									
17-Nome do Profissional Solicitante KARINA PRADO CACIANO									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136252193879									
22-Nome do Contratado Executante KARINA PRADO CACIANO									
26-Nome do Profissional Executante KARINA PRADO CACIANO									
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
1-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/03/10 12:01
2-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/03/10 12:01
3-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/03/10 12:01
4-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	11/03/10 12:01
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43-Data Previsto Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial		1140,00		0,00		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 11/03/10 12:01 Karina	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/10 12:01 Karina	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/10 12:01 Dayse Oliveira dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------