



Esquema para uso de guia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 00:12:01	4-Data de Autorização 13/01/11 00:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 799073	7-Data Validade da Senha 25/11/11 00:12:11	405698 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202025326128000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA JULIA BRANCHINI SOUZA		27/05/2011		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano JULIANA FERREIRA DOS SANTOS BRANCHINI
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES		18-Número no CRO 72296		19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 124719336884		22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES		23-Número no CRO 72296		24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES		27-Número no CRO 72296		28-UF SP		29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00018400000900		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1		72000	37-Valor
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11 00:12:01						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 72000						
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, compreendendo, inclusive, a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação Dra. Iramara Felix Pires Cirurgia Dentista CRO SP: 72296						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/12 00:12:01 Dra. Iramara Felix Pires Cirurgia Dentista CRO SP: 72296						
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 00:12:01 e 10/11/11 00:12:01 53-Data, local e Carimbo da Empresa						