

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2011	4-Data de Autorização 12/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8645837	7-Data Validade da Senha 12/08/2011	568338 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 10020253804560000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS HENRIQUE LOPES DE OLIVEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano SIMONE MARIA MARQUES DE OLIVEIRA		
16-Atendimento a RV CLINICA ODONTOMEDICA VIVER				

17-Nome do Profissional Solicitante N	18-Número no CRO 12222	19-UF BA	20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102379397546	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	27-Número no CRO 12222	28-UF BA	29-Código CBO S	30-Data Validade da Senha 025 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Classe	42-Assinatura
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	25	1	1	73,00	0,00			12/05/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

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 e/ou 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

Reduções a serem

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/11	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/05/11	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/11	53-Data Local e Carimbo da Empresa 12/05/11
--	---	--	--