

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

552840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 15:12:11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 552840	7-Data Validade da Senha 11/04/10 08:12:11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202537767500000101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
13-Nome THIAGO ARAUJO BEZERRA DA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do plano THIAGO ARAUJO BEZERRA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FREDERICO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 22740	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / OFF 10039161167705	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FREDERICO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 22740	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FREDERICO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 22740	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	
2-1				
3-1				
4-1				
5-1				
6-1				
7-1				
8-1				
9-1				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/06/10 15:12:11	44-Tipo de Atendimento 11-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 11-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,100	47-Valor Total R\$ 0,00
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 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 11/06/10 15:12:11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10 15:12:11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10 15:12:11
---------------	--	--	--