



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/11 11/12/10	4-Data de Autorização 08/11/12 12/10/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8090541	7-Data Validade da Serê 12/03/10 12/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202025332640000000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDELICE DA SILVA RODRIGUES					
14-Telefone (111) 1111111111					
15-Nome do titular do plano VALDELICE DA SILVA RODRIGUES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS	18-UF BA	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade da Serê 12/03/10 12/12/11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006121216195016111	22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS	23-Número no CRO 19222	24-UF BA	25-Código CNES	26-Data Validade da Serê 12/03/10 12/12/11
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0101810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34	00	0
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/12					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faluramento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 3400					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 08/12/12 12/12/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/12/12 12/12/12
--	--