

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

394879
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/11 00:12:00	4-Data de Autorização 11/09/11 00:12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954168	7-Data Validade da Senha 11/11/11 00:11:21
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202532320680000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 00:11:21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
KATIA SANTOS MOTA

29/11/1994

15-Nome do titular do plano
KATIA SANTOS MOTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	18-Número no CRO 9574	19-UF BA	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01744752508	22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	23-Número no CRO 9574	24-UF BA	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	27-Número no CRO 9574	28-UF BA	29-Código CBO S
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	--	--	--------------------------	-------------	----------------	--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00		19/11/2011	Clara Bastos Rodrigues Cunha
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 19/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham 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 11/09/10 11:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/10 11:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/10 11:20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 00:11:21	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 11/11/11 00:11:21
---	---	---	--	---