

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



304234

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 3 / 2 0	4-Data de Autorização 2 4 / 0 3 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO 217054	6-Número da Guia Principal 7496616	7-Data Validade da Senha 2 2 / 0 6 / 2 0
--------------------------	--	--	------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 7 2 0 2 0 0 0 0 1 0 1									

13-Nome VIVIAN HILARIO		22/07/1986		14-Telefone (11) 7 7 5 2 - 8 6 3 6		15-Nome do titular do plano VIVIAN HILARIO	
---------------------------	--	------------	--	---------------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI		18-Número no CRO 40717		19-UF SP		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 2 9 8 7 7 8 8 2 3		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI		23-Número no CRO 40717		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI		27-Número no CRO 40717		28-UF SP		29-Código CBO S			

Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-46

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	5 3 3 0 0	0 0 0 0			S 02/09/20		Dr. Carlos Eduardo Andreotti
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5 3 3 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 02/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--