

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autização 05/10/2012	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 9826941	7-Data Validada da Serinha 24/10/2012
--------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

956431

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254271290000102	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA EDUARDA PEREIRA LIMA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHEL MAGNO AUGUSTO PEREIRA
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS	18-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS	23-Número no CRO 84656	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS	27-Número no CRO 84656	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tratadia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	73,00	0,00	505,05	22		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Previsto Término do Tratamento / /	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Franci	45-Total Quantidade US 73,00	46-Valor Total R\$ 505,05	47-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 apresentadas, 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(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Consulto-Dentista Solicitante 05/10/2012 Djamara Rios Santos	51-Data, local e Assinatura do Consulto-Dentista 05/10/2012 Djamara Rios Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012 Michel Magno Augusto Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2012
--	--	--	---

CROSP: 84656