

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/12/10 11/12/11	4-Data de Autorização 11/12/10 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8187731	7-Data Validade da Senha 11/12/10 14/12/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

451951
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102153172340000101013	9-Frango POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/10 11/12/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANDRE SOUZA DE OLIVEIRA	09/11/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10166119411751231111	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00		1	20/01/11		
2-000	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00		1	20/01/11		
3-000	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00		1	20/01/11		
4-000	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00		1	20/01/11		
5-000	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00		1	20/01/11		
6-000	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00		1	20/01/11		
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Adendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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 20/01/11/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/11/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/11/23	53-Data, local e Endereço da Empresa 20/01/11/23 SSA
--	--	--	---