



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
01/07/2011

4-Data de Autorização
08/01/2011

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8176926

7-Data Validade da Sineta
01/07/2014

448937
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202530149800000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
AMANDA GOMES MACHADO

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
LINDAURA FERREIRA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

18-Número no CRO
39372

19-UF
MG

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
06312468607

22-Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

23-Número no CRO
39372

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

27-Número no CRO
39372

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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	0101820001859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	73,00	0,00			01/07/2011		X/Amanda
2	0101820001859	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	73,00	0,00			01/07/2011		X/Amanda
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
01/07/2011	1 - Tratamento Odontológico	2 - Exame Radiológico	3 - Circondia	4 - Urgência/Emergência	1 - Total	2 - Parcial	1146,00		10,00			

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) 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
01/07/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
01/07/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/07/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Ana Carolina Dias
CRO-MG 39312

X/Amanda Gomes Machado