

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/11 10/12/10	4-Data de Autorização 12/06/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7993453	7-Data Validade da Senha 12/03/11 01/12/11	404324 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCINEIA ALVES DOS REIS		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano LUCINEIA ALVES DOS REIS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO		18-Número no CRO 27085		19-UF MG		20-Código CBO S		21-Código CNES 24-UF MG		22-Número no CRO 27085		23-UF MG		24-UF MG		25-Código CBO S		26-UF MG		27-Número no CRO 27085		28-UF MG		29-Código CBO S		30-UF MG		31-UF MG		32-UF MG		33-UF MG		34-UF MG		35-UF MG		36-UF MG		37-UF MG		38-UF MG		39-UF MG		40-UF MG		41-UF MG		42-UF MG		43-UF MG		44-UF MG		45-UF MG		46-UF MG		47-UF MG		48-UF MG		49-UF MG		50-UF MG		51-UF MG		52-UF MG		53-UF MG		54-UF MG		55-UF MG		56-UF MG		57-UF MG		58-UF MG		59-UF MG		60-UF MG		61-UF MG		62-UF MG		63-UF MG		64-UF MG		65-UF MG		66-UF MG		67-UF MG		68-UF MG		69-UF MG		70-UF MG		71-UF MG		72-UF MG		73-UF MG		74-UF MG		75-UF MG		76-UF MG		77-UF MG		78-UF MG		79-UF MG		80-UF MG		81-UF MG		82-UF MG		83-UF MG		84-UF MG		85-UF MG		86-UF MG		87-UF MG		88-UF MG		89-UF MG		90-UF MG		91-UF MG		92-UF MG		93-UF MG		94-UF MG		95-UF MG		96-UF MG		97-UF MG		98-UF MG		99-UF MG		100-UF MG	
---	--	--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------------------------	--	---------------------------	--	-------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------	--

30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régulo		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 a	
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA		25		DOM		1		1 2 2 1 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0	
2-0 0 1 8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA		45		DOM		1		1 2 2 1 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0	
3-1																									
4-1																									
5-1																									
6-1																									
7-1																									
8-1																									
9-1																									
10-1																									
11-1																									
12-1																									
13-1																									
14-1																									
15-1																									

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/01/10/12/10	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 1 2 4 1 0 0	47-Valor Total R\$ 1 2 4 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 2 4 1 0 0
--	--	---	---------------------------------------	-----------------------------------	--

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 13/01/10/12/10		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/10/12/10		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/10/12/10		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/10/12/10		54-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/10/12/10	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Dra. Fabiola Dulce Monteiro

Cirurgiã Dentista
CRO-MG 27085