

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 01/12/10	4-Data de Autorização 10/17/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7930054	7-Data Validade da Senha 13/11/12 11/12/10	388930 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020125317166000000001012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ALICE RAMALHO DE MATTOS LACERDA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARIA DA CONCEICAO RAMALHO DOS SANTOS
--	-------------------------------	--

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 na Operadora / CNPJ / CPF 1014120112677679	22-Nome do Contratado Excludente FABIOLA DULCE MONTEIRO	23-Número no CRO 27085	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Excludente FABIOLA DULCE MONTEIRO	27-Número no CRO 27085	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rcigão	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	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1		1	72,00	0,00	0,00		10/11/10	Sabiane
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/10 11/10	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 172,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-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 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), ocorreram 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 10/11/10 11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/10 11/10	54-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/10 11/10
---	---	---	---	---

Dra. Fabiola Dulce Monteiro

Cirurgiã Dentista
CRO-MG 27085