

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

375374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/15/10/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871168	7-Data Validade da Senha 11/14/11/12/12/01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 101012021531598000000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano GABRIELE ALMEIDA DE JUSTE	
13-Nome DARLAN DE JUSTE				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 28624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAMHELA AGUERO BABETTO MENDES	23-Número no CRO 28624	24-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1018905011890141111	22-Nome do Contratado, Executante PAMHELA AGUERO BABETTO MENDES	27-Número no CRO 28624	28-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante PAMHELA AGUERO BABETTO MENDES				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Frete				
1-10101810100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	0,00		15/09/2011	
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								

43-Data Provação Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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), 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 Solidante 11/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Pamela A. Mendes	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 11/11/11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11/11
---	--	---	---

Cirurgiã Dentista
CRO: 28.624