



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012	4-Data de Autorização 10/05/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7910286	7-Data Validade da Semana 12/09/2012	38563
8-Número da Carteira 100202532344700000010101						
9-Plano POS REDE PRESTADORA						
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA						
11-Data Vencimento da Carteira 12/09/2012						
12-Número do Contrato Nacional de Saúde						
13-Nome EDUARDO HENRIQUE GONCALVES						
14-Telefone ()						
15-Nome do titular do plano EDUARDO HENRIQUE GONCALVES						
16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS						
18-Número do CBO 39372						
19-UF MG						
20-Código CBO S Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 06312468607						
22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS						
23-Número do CBO 39372						
24-UF MG						
25-Código ONES						
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS						
27-Número do CBO 39372						
28-UF MG						
29-Código CBO S						
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cte	36-Quantidade US
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3600
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3600
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3600
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3600
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Tratamento						
46-Tipo de Tratamento						
47-Valor Total R\$						
48-Valor Total R\$						
49-Observação						

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 arca com o custo do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

05/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

05/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

05/11/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Ana Carolina Dias
Ortodontia
CRO-MG 39372