



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

540476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2011	4-Data de Autorização 07/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8546445	7-Data Validade da Senha 01/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253750800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS ALEXANDRE SILVA DE SOUZA		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano CARLOS ALEXANDRE SILVA DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA	18-Número no CRO 43182	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5788832649	22-Nome do Contratado Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA	23-Número no CRO 43182	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA		27-Número no CRO 43182	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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	008110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/10/2011		(P)
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 07/10/2011	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\$
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(ram) 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 Caro Alexandre Silva de Souza					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa		

Dra. Atâmio M. V. Malta
Cirurgiã Dentista
CRO - 43182