



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1523623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2013	4-Data de Autorização 10/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11423254	7-Data Validade da Senha 08/10/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202550282900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALDINEIA CARDOSO SANTOS		14-Telefone 23/01/1987	15-Nome do titular do plano VALDINEIA CARDOSO SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA	18-Número no CRO 9460	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6056254000179	22-Nome do Contratado Executante CONSULTORIO ODONTOLOGICO DR. JOSE	23-Número no CRO 9460	24-UF MG	25-Código CNEB 0083291	
26-Nome do Profissional Executante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA		27-Número no CRO 9460	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34,00	0,00			10/10/2013	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /					
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/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 10/10/2013 PATE JRA					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2013 PATE JRA					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2013 Valdineia BHT					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2013					

CONST. ODONT.
DR. JRA LTDA
EPAO 6742