

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

388882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2010	4-Data de Autorização 03/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929839	7-Data Validade da Senha 31/12/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0020202532483700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARA LUIZ MENDES	13-Data 09/06/2016	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano GRAZIELE LUIZ PEREIRA	

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 04201267679	22-Nome do Contratado Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO	23-Número no CRO 27085	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante 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/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
1-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1		1	72,00	0,00	0,00	S	09/10/2010	EE
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2010	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\$	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), 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2010
---	---	---	---

Dr. Fabíola Dulce Monteiro

Cirurgiã Dentista
CRO-MG-27085