



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

210

304098
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	2- Data de Emissão da Guia 12/11/03 13/12/03	3- Data de Autorização 10/12/04 11/12/04	4- Status AUTORIZADO	5- Número da Guia Principal 7495068	6- Data Validade da Guia 11/09/04 01/02/05
8- Nome do Paciente NATHALIA ALVES PADILHA		9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/03 11/11/03
12- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA		13- Data de Tratamento 31/12/2007		14- Telefone (34) 3416131-844016	
15- Nome da titular do plano ELIANE APARECIDA ANTONIO PADILHA		16- Abaixo assinado a R/N N		17- Nome do Profissional Solicitante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	
18- Número no CRO 28660		19- UF MG		20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21- Código na OMS/ANVISA / CNPJ / CPF 015734411260101		22- Nome do Contratado Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA		23- Número no CRO 28660	
24- UF MG		25- Código CHES (I) 85100200		26- Nome do Profissional Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	
27- Número no CRO 28660		28- UF MG		29- Código CBO S (I) 85100200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Face	35- Qtd
1- 0101815110020101		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1
2- 0101815110020101		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1
3- 0101815110019161		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
4- 0101815110019161		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
5- 1111111111111111					
6- 1111111111111111					
7- 1111111111111111					
8- 1111111111111111					
9- 1111111111111111					
10- 1111111111111111					
11- 1111111111111111					
12- 1111111111111111					
13- 1111111111111111					
14- 1111111111111111					
15- 1111111111111111					
43- Data Previsão Término do Tratamento 11/11/03					
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 21981010					
47- Valor Total R\$ 0101010					
48- Total Franquia / Co-participação R\$ 00000000					
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					
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/03 11/201		51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/03 11/201		52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/03 11/201	
53- Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/03 11/201		Jacqueline TAVARES LADEIA VIEIRA CRO-MG 28660			