



Indicador para você ficar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



419676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/6/11/11/12/01	4-Data de Autorização 11/7/11/11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8056102	7-Data Validade da Senha 11/4/11/02/11/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01021021533546500001010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome EVELYN ALVES DA SILVA	21/07/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EVELYN ALVES DA SILVA
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 016311214686071	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CRO 39372	24-UF MG	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CRO 39372	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 Causa	42- Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/11/2012		<i>Evelyn</i>
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/11/2012		<i>Evelyn</i>
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/11/2012		<i>Evelyn</i>
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00			11/11/2012		<i>Evelyn</i>
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/11/2012		<i>Evelyn</i>
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prescrição Término do Tratamento 11/11/2012												
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 1178,00												
47-Valor Total R\$ 10,00												
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

Ana Carolina Dias
Ortodontia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-MG-39372