



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/8/11 12/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152250	7-Data Válidade da Série 11/7/10 13/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

442384
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012102151314791410101010110121	9-Primo POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Válidade da Carteira 11/7/11 12/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------------

13-Nome GUILHERME BARCELLOS VANDAM	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano HELLEN DOS SANTOS GOMES
---------------------------------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN BRUNA BARNARD MOTTA	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA
--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10121211471812015121	22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA
---	---

25-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA

23-Número no CRO 22274	24-UF RS	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
---------------------------	-------------	---

27-Número no CRO 22274	28-UF RS	29-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

18-Número no CRO 22274	19-UF RS	20-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 16	34-Face OD	35-Cid 11	36-Quantidade US 8,8,10,10	37-Valor 0,10,10	38-Franquia/Co-participação R\$ 5118,112,120	39-Aut 11/8/11 12/12/10	40-Data de Realização 11/8/11 12/12/10	41-Motivo da Causa 42-Assinatura Hellen
------------------------------------	-----------------------	---------------	--------------	-------------------------------	---------------------	---	----------------------------	---	---

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-010185110101210101		RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	11	8,8,10,10	0,10,10	5118,112,120	11/8/11 12/12/10			
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 Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Aliamento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

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), 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa