

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



444531
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 10/05/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8161013	7-Data Validade da Seria 12/11/03
8-Número da Carteira 0002025336566000010104			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JOSE RENATO SILVA			30/11/1990	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELEITH FATIMA DE CARVALHO SANTIAGO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607	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		

30-Trabalha	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	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,40	0,00			10/05/12		Jose Renato
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00			10/05/12		Jose Renato
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,60	0,00			10/05/12		Jose Renato
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,60	0,00			10/05/12		Jose Renato
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00			10/05/12		Jose Renato
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/05/12	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 10/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/12	53-Data, local e Cambio da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

Ortodontia
Ana Carolina Dias
CRO-MG 39372