



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
14/05/2011

4-Data de Autorização
14/05/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8588530

7-Data Validade da Senha
12/08/2011

551718
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020251979810000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/08/1989

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
CRISTIANO SILVA DE AZEREDO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
CRISTIANO SILVA DE AZEREDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO
48299

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10063378655

22-Nome do Contratado Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Número no CRO
48299

24-UF
MG

25-Código ONES
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Número no CRO
48299

28-UF
MG

29-Código CBO S
(1) 85100200

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
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	11/08/2011	S	Bar
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	11/08/2011	S	Bar
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/08/2011	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	176,00	176,00	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 11/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/2011
---	---	---	---