

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

521228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/11	4-Data de Autorização 19/04/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8474472	7-Data Validade da Senha 11/07/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202021535996000010102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome MARCOS DAVI DE JESUS OLIVEIRA		14-Telefone () 91331816770	
15-Nome SOLINEIDE BATISTA DE OLIVEIRA		16-Data Validade da Carteira / /		17-Nome do titular do plano SOLINEIDE BATISTA DE OLIVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9636		19-UF DF		20-Código CBO S	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		23-Número no CRO 9636		24-UF DF	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 138186039104		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		25-Código ONES		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		27-Número no CRO 9636		28-UF DF		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Quantidade US	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Quantidade US	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura	43-Total Franquia / Co-participação R\$	44-Total Franquia / Co-participação R\$	45-Total Franquia / Co-participação R\$
1-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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 Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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(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 19/04/2011		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/2011		52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 19/04/2011	
---------------	--	---	--	---	--	--	--