



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/6/10 11/211	4-Dados de Autorização 12/6/10 11/211	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8235525	7-Dados Válidos da Guia 12/6/10 14/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

462436
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012012513150191611010101011011	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Válidos da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
---	-------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome CAMILA MARTINS DOS SANTOS	14/06/1992	15-Telefone (713) 341911-811319	16-Nome de Iluminação CAMILA MARTINS DOS SANTOS
--------------------------------------	------------	------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Atividade de RN N	17-Atividade do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON	18-Número no CRO 8005	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa
22-Código no Identificador CBOJ / CFP 1018121716118151713181111	22-Nome do Contratado Responsável THIAGO MALBAR MOSCON	22-Número no CRO 8005	23-UF BA	24-Código CBO S 8005	
25-Nome do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON					

Plano de Tratamento / Procedimentos Específicos

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Data de Referência	34- Freq.	35- Cód.	36- Quantidade US	37- Valor	38- Freqüência de Participação R\$	39- Val.	40- Data de Realização	41- Val. do Exato	42- Assinatura
1-010181101010161511		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	13410101		1010101		27/01/2011	Camila	
2-0101814010101191811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	11	13510101		1010101		27/01/2011	Camila	
3-0101814010101191811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	11	13510101		1010101		27/01/2011	Camila	
4-0101814010101191811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	11	13510101		1010101		27/01/2011	Camila	
5-0101814010101191811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11	11	13510101		1010101		27/01/2011	Camila	
6-0101814010101191811												
7-0101814010101191811												
8-0101814010101191811												
9-0101814010101191811												
10-0101814010101191811												
11-0101814010101191811												
12-0101814010101191811												
13-0101814010101191811												
14-0101814010101191811												
15-0101814010101191811												

43-Dados Finais do Tratamento 27/01/2011	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 Quantitativo, US 11741010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Faturado / Co-participação R\$ 111111
---	---	--	---------------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (e/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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

1-Data local e Assinatura do Consultado/Donatário 27/01/2011 Camila	2-Data local e Assinatura do Consultado/Donatário 27/01/2011 Camila	3-Data local e Assinatura do Consultado/Donatário 27/01/2011 Camila	4-Data local e Assinatura do Consultado/Donatário 27/01/2011 Camila	5-Data local e Assinatura do Consultado/Donatário 27/01/2011 Camila
---	---	---	---	---

Des Santos