

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 11/20	4-Data de Autorização 10/05/11 12/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8085718	7-Data Validade da Série 12/12/10 12/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

426771
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/10 12/05/13 12/07/13 14/04/10 00/00/11 00/10/12	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MARILSON REIS SILVA DE FREITAS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano MARIA ELITANIA SOUZA CHAVES
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 329338498810	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	27-Número no CRO 41157
18-Número no CRO 41157	19-UF MG
23-Número no CRO 41157	24-UF MG
25-Código CNES	29-Código CBO S
Faturar Empresa 025 -	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Fregião	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
1-0	0	810100065			1	34,00	0,00			10/12/20		
2-0	0	853010047			1	36,00	0,00			10/12/20		
3-0	0	853010047			1	36,00	0,00			10/12/20		
4-0	0	853010047			1	36,00	0,00			10/12/20		
5-0	0	853010047			1	36,00	0,00			10/12/20		
6-0	0	853010047			1	36,00	0,00			10/12/20		
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 assistido(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 04/11/2011	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/2011	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/2011	53-Data local e Selo da Empresa 04/12/2011	54-Data local e Selo da Empresa 04/12/2011