



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



1968116
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de emissão da Guia 21/01/2014	4-Data de Autorização 21/01/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12767300	7-Data Validade da Senha 21/01/2014
8-Nome do Beneficiário FIDELCINO DA SILVA GUIDIO NETO			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Cessão 11/11/11
13-Nome FIDELCINO DA SILVA GUIDIO NETO			14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano FIDELCINO DA SILVA GUIDIO NETO	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante MICAEL DE OLIVEIRA CAVALCANTE	18-Número no CRO 146856	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 451618172851			22-Nome do Contratado Exatante MICAEL DE OLIVEIRA CAVALCANTE	23-Número no CRO 146856	24-UF SP
26-Nome do Profissional Exatante MICAEL DE OLIVEIRA CAVALCANTE			27-Número no CRO 146856	28-UF SP	29-Código CBO S
30-Atendimento a RN N			31-Nome do Profissional Solicitante MICAEL DE OLIVEIRA CAVALCANTE	32-Número no CRO 146856	33-UF SP
34-Atendimento a RN N			35-Nome do Profissional Solicitante MICAEL DE OLIVEIRA CAVALCANTE	36-Número no CRO 146856	37-UF SP

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 Cessão	42-Assinatura
1	0101851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	12200	10100			21/01/2014		
2	0101851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VMI	1	12200	10100			21/01/2014		
3	0101851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VMI	1	12200	10100			21/01/2014		
4	0101851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VDM	1	12200	10100			21/01/2014		
5	0101851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MDV	1	12200	10100			21/01/2014		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/14	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 610100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 Solicitante 21/01/2014	51-Data, local e Assinatura do Contratado Exatante 21/01/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/2014
---------------	--	--	---	---