



Intercâmbio 2020 1026 8707

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



435298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/5/11/2/12/10	4-Data de Autorização 11/7/11/12/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120546	7-Data Validade da Serinha 10/5/11/03/12/11
--------------------------	--	---	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário			11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	---	---------------------------------------

8-Número da Carteira 10/02/10/2/53/4/05/6/4/0/0/0/0/1/1/03	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ROSANGELA BRITO DOS SANTOS	14-Telefone (11) 19121913151215	15-Nome do Titular do plano JOAO BATISTA ALVES DE SA JUNIOR
---------------------------------------	------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			16-Plano 025 - Faturar Empresa
---	--	--	-----------------------------------

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	18-Número no CRO 41157	19-UF MG	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3219131841918810	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	23-Número no CRO 41157	24-UF MG	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	27-Número no CRO 41157	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
---	--	--	--	--

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentist/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-010	811001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,00		1	11/11/2011		
2-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
3-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
4-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
5-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
6-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
7-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
8-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
9-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
10-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
11-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
12-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
13-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
14-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		
15-010	815301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,10	0,00		1	11/11/2011		

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Codontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,10
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 Contratado-Dentista Solicitante 11/11/2011	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2011	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/2011	54-Local Serviços Odontológicos S. S. Ltda 21.474 706 000 165	