



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



419564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 11/210	4-Data de Autorização 11/09/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8055821	7-Data Validade da Senha 11/04/10 12/11
8-Número da Carteira 0102102153325911000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JEDILSON BRAZ MACIEL	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JEDILSON BRAZ MACIEL			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES	18-Número no CRO 7692	19-UF MT	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / OPE 014674672180	22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES	23-Número no CRO 7692	24-UF MT	25-Código CNES Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Executante DANDARA MOTA GOMES	27-Número no CRO 7692	28-UF MT	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100200		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rodado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-100	8511002100	14	OM	1	88,00
2-100	8511002100	15	OM	1	88,00
3-100	8511002100	17	OM	1	88,00
4-100	8511002100				
5-100	8511002100				
6-100	8511002100				
7-100	8511002100				
8-100	8511002100				
9-100	8511002100				
10-100	8511002100				
11-100	8511002100				
12-100	8511002100				
13-100	8511002100				
14-100	8511002100				
15-100	8511002100				
33-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1264,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
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/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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Assinatura

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11 11/210

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11/210

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/210

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11 11/210

RECIBO DE TRATAMENTO
VIA CENTRO ODONTOLÓGICO

CRO-MT - EPAD695

Endodontista

CRO-MT: 7692