



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



436580
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11	4-Data de Autenticação 12/09/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8126290	7-Data Validade da Sentença 10/08/13
8-Plano de Beneficiário 10/02/10/25/33/30/32/20/00/00/01/01/1					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 12/08/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome DEBORA ASSIS					
14-Telefone (11) 7692					
15-Nome do titular do plano DEBORA ASSIS					
16-Atendimento a RN DANDARA MOTA GOMES					
17-Atendimento do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES					
18-Número no CRO 7692					
19-UF MT					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0146714671211810					
22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES					
23-Número no CRO 7692					
24-UF MT					
25-Código CNES 125					
26-Nome do Profissional Executante DANDARA MOTA GOMES					
27-Número no CRO 7692					
28-UF MT					
29-Código CBO S 1036 3234					
30-Tabola					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-100	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	10,00
2-00	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00
3-00	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Particípio					
46-Valor Total US					
47-Valor Total R\$					
48-Valor Franquia / Co-participação R\$					

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, 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 Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Profissional

CNPJ: 36.100.455/0001-26

Dra. Dandara Mota Gomes

Endodontista

CRO-MT: 7692

Bairro: Jardim Imperador - CEP: 78.125-702

VÁRZEA GRANDE

MT