

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

517529
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 14/12/11	4-Data de Autorização 11/15/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8460801	7-Data Validade da Senha 10/16/10 17/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número da Carteira 0102025369225000101011	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAICO SILVA SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAICO SILVA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 066194175123	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor		
1-0018100030	100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S 15/10/11 12/11
2-1									
3-1									
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 Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$	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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/15/10 14/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/15/10 14/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/15/10 14/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/15/10 14/11/11
--	--	--	--