

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



690612
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/99	4-Data de Autorização 10/10/99	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9019009	7-Data Validade da Senha 01/12/99
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202541384600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELA DE SOUZA CERQUEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELA DE SOUZA CERQUEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA	18-Número no CRO 8407	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 82528209568	22-Nome do Contratado Executante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA	23-Número no CRO 8407	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA		27-Número no CRO 8407	28-UF BA	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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 Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/09/99		Daniela
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/09/99		Daniela
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/09/99		Daniela
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/09/99		Daniela
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/09/99		Daniela
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 02/09/99	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Reputação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 02/09/99	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 02/09/99	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/99 Daniela de Souza Cerqueira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/09/99 Dr. Keyla K. S. Costa Dentista CRO-BA 8407
--	--	--	---