



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

241



496339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2013	4-Código de Autorização 15103121	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8378485	7-Data Validade da Sentença 10/10/16
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102101251315124101010101011	9-Ramo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GILVAN OLIVEIRA PORTO	12/04/1992	14-Telefone (11) 9835-0187	15-Nome do titular da Guia GILVAN OLIVEIRA PORTO
----------------------------------	------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atividade e a FN N	17-Setor da Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON	18-Número na CRO 8005	19-UF BA	20-Código CBO S
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora - CNU / CPE 10182176118517318	22-Nome do Contratado Executante THIAGO MALBAR MOSCON	23-Número no CRO 8005	24-UF BA	25-Código CNES (1) 85100200
---	--	--------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante THIAGO MALBAR MOSCON	27-Número no CRO 8005	28-UF BA	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Especialidades Solicitadas

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Data de Realização	40-Valor da Realização	41-Valor da Guia 42-Assinatura
1	101018151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	00	1	18181010	10101010	151103202111611111			
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Término do Tratamento 11/10/2011	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 18181010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Faturado / 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), todavia, 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.

Assinatura do

15/11/2011	15/11/2011	15/11/2011	15/11/2011	15/11/2011	15/11/2011
------------	------------	------------	------------	------------	------------