



Expediente Inter-SUS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



434229
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 12/12/01	4-Data de Autorização 10/4/11 12/12/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8116637	7-Data Validade da Serinha 10/3/10 13/12/11
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário B-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 2 4 5 8 3 0 0 0 0 0 1 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/06/1999	12-Número do Cartão Nacional de Saúde JEAN MICAEL DA SILVA ABREU
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome JEAN MICAEL DA SILVA ABREU	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JEAN MICAEL DA SILVA ABREU
---------------------------------------	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA	18-Número no CRO 22274	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 12 1 1 4 7 8 12 0 5 12	22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA	23-Número no CRO 22274	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA	27-Número no CRO 22274	28-UF RS	29-Código CBO S	

30-1-Idade 1 0 0 8 2 0 0 8 5 9	32-Descrição EXODONTIA DE RAIZ	33-Dente/Região 36	34-Fase 1	35-Cid 7 3 10 10	36-Quantidade US 0 10 10	37-Válcer 0 10 10	38-Franquia/Co-participação R\$ 510,44/12,20	39-Aut 510,44/12,20	40-Data de Realização 11/06/2011	41-Medico da Guia 42-Assinatura B. S. 20.27
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------	---------------------	-----------------------------	----------------------	---	------------------------	-------------------------------------	---

30-2-Idade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válcer	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1	0 0 8 2 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	7 3 10 10	0 10 10	0 10 10	510,44/12,20	510,44/12,20	11/06/2011	510,44/12,20	B. S. 20.27
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Clonagem 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 173,10	47-Valor Total R\$ 10,10	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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 Conselho Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Caimento da Empresa 11/11/11
--	--	---	--