

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

503062
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2013 12:11	4-Data de Autorização 12/05/2013 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8401135	7-Data Validade da Senha 11/06/2016 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
8-Número da Carteira 10020202535940600000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome CIBELE MARIA DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do titular do plano CIBELE MARIA DA SILVA		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		18-Número no CRO 9636	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Número no CRO 9636		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1381860391104		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	
23-Número no CRO 9636		24-UF DF		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		27-Número no CRO 9636		28-UF DF	
29-Código CBO S		30-Quantidade US		31-Valor	

30-Tabella	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 Guia 42-Assinatura
1-0018151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00		15/10/2013	06/09/1987
2-0018151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00		15/10/2013	06/09/1987
3-0018151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	0,00		15/10/2013	06/09/1987
4-0018151001196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00		15/10/2013	06/09/1987
5-1111111111111											
6-1111111111111											
7-1111111111111											
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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(ram) 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 15/10/2013		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2013		52-Data, local e Assinatura da Empresa 15/10/2013	
---------------	--	---	--	---	--	--	--