

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



418743
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8052420	7-Data Validade da Senha 11/11/10 12/11/11
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125314460100010103	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KETLIN CHAIANE MARQUES DOS SANTOS	14-Teléfono (111) 1111111111	15-Nome do titular do plano JOSEBEL DOS SANTOS MARQUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181415171615131709111111	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Número no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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
1-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/11	42
2-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/11	42
3-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/11	42
4-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/11	42
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto 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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,00	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 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 Total e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/11	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/11	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---