



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AF

410587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8018812	7-Data Validade da Guia 03/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0020202532853700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON ANTONIO GOMES	14-Telefone 27/02/1998	15-Data de Nascimento ANDERSON ANTONIO GOMES
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES	18-Número no CRO 4287	19-UF GO	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91686016468	22-Nome do Contratado Exatante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES	23-Número no CRO 4287	24-UF GO	25-Código CBO 3
--	---	--------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Exatante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES	27-Número no CRO 4287	28-UF GO	29-Código CBO 3
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo na Classe	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	I	1	61,00	0,00			27/11/2012		
2-00	81100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/11/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/12/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/12/2012		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/12/2012		
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/12/2012		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	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 239,00	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), 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 este 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 Responsável 01/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2012	53-Data, local e Carimbo de Empresa 01/11/2012
---	---	---	---