



Interquidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404893
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 00:12:01	4-Data de Autorização 12/08/11 00:12:01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995478	7-Data Validade da Seria 12/04/10 11:12:11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Contratado

8-Número da Carteira 0002025328292000010101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JANE RODRIGUES FREITAS	10/05/1981	14-Telefone () -	15-Nome de titular do plano JANE RODRIGUES FREITAS
-----------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CRO 39372	24-UF MG	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CRO 39372	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/11/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/11/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/11/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/11/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/11/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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), 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / /
---	---	---	--

Ana Carolina Dias
Ortodontia

Jane Rodrigues Freitas