



Regulatório para o Brasil

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



415612
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/1111/2101	4-Data de Autorização 11/91/1111/2101	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8038744	7-Data Validade da Série 10/81/0121/2111
---------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102012533259110000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/01/1111/2101

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JEDILSON BRAZ MACIEL

14-1 telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JEDILSON BRAZ MACIEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Amendando a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES
------------------------	---

18-Número no CRO
7692

19-UF
MT

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10467467218011	22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES
---	--

23-Número no CRO
7692

24-UF
MT

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
DANDARA MOTA GOMES

27-Número no CRO
7692

28-UF
MT

29-Código CBO S

Pelo(s) Tratamento / Procedimento(s) Solicitado(s)

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Espec	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	19/11/2011		
2-1												
3-1												
4-1												
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
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
134,00

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(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

Dra. Dandara Mota Gomes
Endodontista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2011
---	---	---	---

CRO-MT: 7692

WIVA CENTRO ODONTOLÓGICO

CRO-MT - FPA0695