



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3-AF

617752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2011	4-Data de Autorização 13/10/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Própria 8806912	7-Data Validade da Guia 13/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202539493800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARRIELE DIAS MACHADO					
14-Telefone 12/08/1985					
15-Nome de Rua do plano MARRIELE DIAS MACHADO					
16-Atendimento a RM N					
17-Nome do Profissional Substituto JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER					
18-Alcance do CBO 4192					
19-UF RS					
20-Código CBO 8					
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 22-25468072					
22-Nome do Contratado Essencial JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER					
23-Alcance do CBO 4192					
24-UF RS					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Essencial JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER					
27-Alcance do CBO 4192					
28-UF RS					
29-Código CBO 8					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mulher de Grávida	42-Assinatura
1	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			13/10/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/10/2011	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 34,00	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, a por mim assinado(s), foram realizados 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 13/10/2011 Rucker	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2011 Rucker	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2011 Mariele Dias	53-Data, local e Cartão de Empresa 13/10/2011
--	--	--	--

Só Odonto
ODONTÓLOGOS ASSOCIADOS LTDA
04.819.572/0001-04