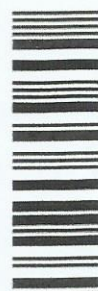




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



447054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/2011

4-Data de Autorização
10/08/2011

5-Serão
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8170779

7-Data Validade da Guia
10/04/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/201534532700010101

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ALDINE GRAZIELA MARTINS TONACO HONORATO

05/10/1988

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano

ALDINE GRAZIELA MARTINS TONACO HONORATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO
39372

19-UF
MG

20-Código CBO S

25-Código CNES

25-UF
MG

29-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-UF

27-Código CBO S

28-UF

29-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante

ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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
1.00.0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2.00.0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					
3.00.0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					
4.00.0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00	0,00					
5.00.0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Total Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/01/2011	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	178,00	10,00								

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional

Exclamando Maria Fina Anaco

CRO-MG 39372

Ana Carolina Dias
Ortodontia