

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º N°



350001
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 03/08/2011	4-Data de Autorização 12/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755579	7-Data Validade da Senha 01/11/2011						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002021530111450000010101											
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA											
11-Data Validade da Carteira											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome RAMONA APARECIDA DA SILVA											
14-Telefone											
15-Nome do titular do plano RAMONA APARECIDA DA SILVA											
16-Atendimento a RN BRUNA DA SILVA OLIVEIRA											
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA											
18-Número no CRO S 26161											
19-UF RS											
20-Código CBO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18415716537091											
22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA											
23-Número no CRO 26161											
24-UF RS											
25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA											
27-Número no CRO 26161											
28-UF RS											
29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	1	61,00	0,00	0,00	S	29/08/2011	29/08/2011
2-000851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	1	61,00	0,00	0,00	S	24/08/2011	24/08/2011
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento						44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
						1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1122100	0,00	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 no 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/08/2011 Bruna OLIVEIRA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/2011 Bruna OLIVEIRA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2011 Ramona	53-Data, local e Carimbo de Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161