

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

529506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 14/12/11	4-Data de Autorização 11/1/11/11/11	5-Sentença ABERTO	6-Número da Guia Principal 529506	7-Data Validade da Sentença 12/1/10 17/12/11
--------------------------	---	--	----------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202535739100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE CARLOS HENRIQUE MONTEIRO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS HENRIQUE MONTEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GRAZIELE CAMARGO REIS	18-Número no CRO 134773	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1351106491843	22-Nome do Contratado Executante GRAZIELE CAMARGO REIS	23-Número no CRO 134773	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GRAZIELE CAMARGO REIS	27-Número no CRO 134773	28-UF SP	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 Guia 42-Assinatura
1-00181000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00		0,00	N	12/2/10	xxjani
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido avaliada a necessidade do 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. **Dr. Grazielle Camargo Reis** (assinatura) 12/10/10 12/11/11

49-Observação CRO-SP 134 773	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/10 12/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 12/11/11	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 12/11/11
---------------------------------	--	--	--