



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

384018
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909562	7-Data Validade da Senha 25/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531304100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA EDILENE OLIVEIRA LIMA		14-Telefone 13/10/1992	15-Nome do titular do plano MARIA EDILENE OLIVEIRA LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU	18-Número no CRO 458	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7555676215		22-Nome do Contratado Executante EBER COELHO PARAGUASSU	23-Número no CRO 458	24-UF AP
26-Nome do Profissional Executante EBER COELHO PARAGUASSU		27-Número no CRO 458	28-UF AP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 85100218

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	05/10/2012		Edilene
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	05/10/2012		Edilene
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	M	1	61,00	0,00		S	05/10/2012		Edilene
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OPM	1	122,00	0,00		S	05/10/2012		Edilene
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/2012	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 211,00	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, 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 Maria Edilene Oliveira Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--