

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

369447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/13/10 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846186	7-Data Validade da Senha 02/11/12 11/20
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202522740600000101	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome NATALIA TAIS DA COSTA	14-Teléfono (1311) 3311717436	15-Nome do titular do plano NATALIA TAIS DA COSTA
----------------------------------	----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO	18-Número no CRO 27085	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1042011267679	22-Nome do Contratado Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO	23-Número no CRO 27085	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO	27-Número no CRO 27085	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00			10/09/12	
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00			10/09/12	
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00			10/09/12	
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00			10/09/12	
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00			10/09/12	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/09/12	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 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 10/09/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/09/12	54-Data, local e Assinatura do Profissional 10/09/12
---	---	---	--	---

Fabiola Dulce Monteiro
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-MG: 27085