

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7677290	7-Data Validade da Senha 30/11/09/12/10
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

332916
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020125306160000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS EDUARDO GARCIA DE PAULA		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO GARCIA DE PAULA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	25-Código CNES MG	26-UF MG	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	30-UF MG	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 Class 42-Assinatura																				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1800711929161491		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA		23-Número no CRO 18381		24-UF MG		25-Código CNES MG		26-UF MG		27-Número no CRO 18381		28-UF MG		29-Código CBO S		30-UF MG		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 Class 42-Assinatura	

30-Tabella	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 Class 42-Assinatura
1-0101811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2-0101811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3-0101811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4-0101811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5-0101811000375											
6-0101811000375											
7-0101811000375											
8-0101811000375											
9-0101811000375											
10-0101811000375											
11-0101811000375											
12-0101811000375											
13-0101811000375											
14-0101811000375											
15-0101811000375											

43-Data Prescrição Tratamento 08/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 156100	47-Valor Total R\$ 156100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	--

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 10/12/10 11/10 Anderson LARA E SILVA CRO 18.381		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/10 11/10 Anderson LARA E SILVA CRO 18.381		52-Data, local e Assinatura da Empresa 10/12/10 11/10 Anderson LARA E SILVA CRO 18.381		53-Data, local e Assinatura do Profissional 10/12/10 11/10 Anderson LARA E SILVA CRO 18.381	
--	--	--	--	---	--	--	--

ODONTODOC - RADIOGRAFIAS

ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO

ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO

ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO