

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



575818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/17/10 16/12 11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8669324	7-Data Validade da Sentença 10/15/10 19/12 11
--------------------------	--	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1002020253768530000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/06/1997	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome SUELEN CRISTINA MAIA DOS SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SUELEN CRISTINA MAIA DOS SANTOS		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISLANE SILVA DA CONCEICAO	18-Número no CRO 41932	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1140912483724	22-Nome do Contratado Executante CRISLANE SILVA DA CONCEICAO	23-Número no CRO 41932	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISLANE SILVA DA CONCEICAO		27-Número no CRO 41932	28-UF RJ	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
1-0018110000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	07/06/12	Suelen
2-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00	S	07/06/12	Suelen
3-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00	S	07/06/12	Suelen
4-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00	S	07/06/12	Suelen
5-0018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00	S	07/06/12	Suelen
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Dia de Avaliação / Término do Tratamento 07/06/12		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 117,80		47-Valor Total R\$ 117,80		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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/06/12	51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Suelen Cristina	52-Dia, local e Assinatura da Empresa 07/06/12	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 07/06/12
---------------	--	---	---	---

CM ODONTOLÓGICA INTERCÂMBIO S.A.

530001-45