



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Datas de Emissão da Guia
10/3/11 2/12/10

4-Data de Autorização
10/4/11 2/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8114217

7-Data Validade da Senha
10/3/10 3/12/11

433671
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025339768000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
1/1/11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CARMELITA RODRIGUES EVANGELISTA

16/08/1982

15-Nome do titular do plano
CARMELITA RODRIGUES EVANGELISTA

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a RN
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

18-Número no CHO
39372

19-UF
MG

20-Código CBO S
025

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1063112468607

22-Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

23-Número no CHO
39372

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

27-Número no CHO
39372

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	00	851100196	21	D	1	6,1,0,0	0,0,0,0	111112/12/10	1	11/11/12/10	1	11/11/12/10
2	00	851100200	22	DV	1	8,8,0,0	0,0,0,0	111112/12/10	1	11/11/12/10	1	11/11/12/10
3	00	851100196	23	V	1	6,1,0,0	0,0,0,0	111112/12/10	1	11/11/12/10	1	11/11/12/10
4	00	851100196	24	V	1	6,1,0,0	0,0,0,0	111112/12/10	1	11/11/12/10	1	11/11/12/10
5	00	851100196	25	V	1	6,1,0,0	0,0,0,0	111112/12/10	1	11/11/12/10	1	11/11/12/10
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$				
11/11/12/10	1	1			1	332,00	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												

Ana Carolina Dias

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Ortodontia
CRO-MG 39372

11/11/12/10

11/11/12/10

11/11/12/10

11/11/12/10

11/11/12/10

11/11/12/10