



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 11/09/11	4-Data de Autorização 12/01/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Nome e da Guia Principal 8208602	7-Data Validade da Senha 11/09/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

456986
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025340365000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ESTHEFANY VITORIA DE AMORIM PEREIRA	14-Teléfono 03/02/2011	15-Nome do titular do plano ALINE COELHO DE AMORIM PEREIRA
--	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA	18-Número no CRO 17756	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04092818670	22-Nome do Contratado Exatante LUANA WALGER DE FARIA	23-Número no CRO 17756	24-UF BA	25-Código C-NEC
26-Nome do Profissional Exatante LUANA WALGER DE FARIA	27-Número no CRO 17756	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/01/11	21	
2-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		12,00	0,00			12/01/11	21	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Estado Radiológico	46-Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento	48-Tipo de Quantidade US	49-Tipo de Valor Total R\$	50-Tipo de Total R\$	51-Tipo de Total R\$	52-Tipo de Total R\$	53-Tipo de Total R\$	54-Tipo de Total R\$	55-Tipo de Total R\$
11/11/11	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1106,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente assistido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contratuais. 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 12/01/11 Luana Walger de Faria	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/11 Aline Coelho de Amorim Pereira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11 Aline Coelho de Amorim Pereira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/01/11 Aline Coelho de Amorim Pereira	54-Data, local e Assinatura da Empresa 12/01/11 Aline Coelho de Amorim Pereira
---	--	--	---	---

Dra. Luana Walger de Faria

Cirurgiã-Dentista/Odontopediatra
CRO-BA: 17756