

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

399553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 01:02:01	4-Data de Autorização 12/09/11 01:02:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7972945	7-Data Validade da Sentença 11/17/10 11:12:11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11:11:11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAUL ALVES SANTANA JUNIOR		14-Telefone (31) 314681131212		15-Nome do titular do plano RAUL ALVES SANTANA JUNIOR			

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 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1041201267679		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-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
1-0108110000301			CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		10/11/10	
2-0108153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		10/11/10	
3-0108153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		10/11/10	
4-0108153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		10/11/10	
5-0108153000471			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		10/11/10	
6-0108153000471												
7-0108153000471												
8-0108153000471												
9-0108153000471												
10-0108153000471												
11-0108153000471												
12-0108153000471												
13-0108153000471												
14-0108153000471												
15-0108153000471												

43-Diagnóstico / Término do Tratamento 12/09/10 10:10:10	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$	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(ram) 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 12/06/11 10:10:10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/11 10:10:10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/11 10:10:10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/06/11 10:10:10	54-Data, local e Assinatura do Profissional 12/06/11 10:10:10
---------------	--	--	--	---	--