



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

401775
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senna
12/01/2011

6-Número da Guia Principal
7982631

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/2010

3-Data de Emissão da Guia
12/11/2010

1-Registro ANS
406414

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano AURORA MARIA ARAUJO	
13-Nome YASMIN ARAUJO LIMA	16-Data 16/02/2009	

17-Nome do Profissional Solicitante PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE	18-Número no CRO 8301	19-UF ES	20-Código CBO S	21-Código CNES	22-Nome do Contratado Executante PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE	23-Número no CRO 8301	24-UF ES	25-Código CBO S	26-Nome do Profissional Executante PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE	27-Número no CRO 8301	28-UF ES	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--	--------------------------	-------------	-----------------	----------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

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
1-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1		1	172100				15/12/2010	
2-1											
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 Previsão Término do Tratamento 12/10/2010	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 172100	47-Valor Total R\$ 10100	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 pagar em 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 12/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Responsável 12/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------