



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



628347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 11:21	4-Data de Autorização 12/11/07 11:21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8841422	7-Data Validade da Sentença 19/11/07 12:11
8-Número da Carteira 0002025365583000000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ROSEANE DE SOUZA ABREU					
14-Telefone ()					
15-Nome do titular do plano ROSEANE DE SOUZA ABREU					
16-Atendimento a RN CLINICERTA					
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICERTA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03221851650					
22-Nome do Contratado Exercente ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO					
23-Número no CRO 23855					
24-UF MG					
25-Código CNES 06					
26-Nome do Profissional Exercente ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO					
27-Número no CRO 23855					
28-UF MG					
29-Código CBO S					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0085100200 RESTAURAÇÃO RESINA					
32-Descrição 16 OD 1 88000 0000					
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					
43-Data Previsto Término do Tratamento 21/10/12					
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 88000					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia/Co-participação R\$ 0000					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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), 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 Solidante 21/10/12	51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 21/10/12	52-Data local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 21/10/12	53-Data local e Carimbo da Empresa 21/10/12
Ana Paula de Vasconcelos CRO-MG: 23.855			