

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

433042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/01/12 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8112075	7-Data Validade da Senha 02/10/13 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número da Carteira 001201253276620000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11
13-Nome DEISE DE OLIVEIRA SILVA	31/01/1969	14-Telefone (1111) 1111 1111	15-Nome do titular do plano DEISE DE OLIVEIRA SILVA

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104201121676791111	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 Cláusula 42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2	0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3	0	0	8	5	3	0	0	4	7				
4	0	0	8	5	3	0	0	4	7				
5	0	0	8	5	3	0	0	4	7				
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12 11/12/10	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-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 1 1 7 8 1 0 1 0	48-Valor Total R\$ 1 1 1 0 1 0 1 0	49-Valor Total R\$ 1 1 1 0 1 0 1 0
---	--	---	---	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

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.

48-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12 11/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/12 11/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 11/12/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/12 11/12/10	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12 11/12/10
---------------	--	--	--	---	--