

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012 4-Data de Autorização 09/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8124166 7-Data Validade da Senha 07/10/2013

436142 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253397768000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome CARMELITA RODRIGUES EVANGELISTA 16/08/1982 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CARMELITA RODRIGUES EVANGELISTA

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CHO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 025 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

06312468607 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23-Número no CHO 39372 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27-Número no CHO 39372 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 Guisa	42- Assinatura
1.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/2012 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 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, 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) 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 11/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012 ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 39372

Carmelita Rodrigues Evangelista