



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



405496
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998197	7-Data Validade da Senha 12/15/10 11/12/11	2-Nº
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202025321901700000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome RITCHIE CASSIO CARVALHO	14-Telefone (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira 11/12/11	16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento RITCHIE CASSIO CARVALHO	17-Data Validade da Carteira 11/12/11	18-Data Validade da Carteira 11/12/11
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Data de Nascimento 18/05/75	20-CPF 151606712	21-Data de Nascimento 18/05/75	22-CPF 151606712	23-Data de Nascimento 18/05/75	24-CPF 151606712
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
25-Data de Nascimento 18/05/75	26-CPF 151606712	27-Data de Nascimento 18/05/75	28-CPF 151606712	29-Data de Nascimento 18/05/75	30-CPF 151606712

30-Item	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	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/12/11	
2-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			11/12/11	
3-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			11/12/11	
4-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			11/12/11	
5-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			11/12/11	
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/11	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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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), foram realizados 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 11/12/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 11/12/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/11					