

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 12/01/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7960314	7-Data Validação da Série 13/11/2012
8-Endereço do Beneficiário 1002025325327884000000101					

396298
INTERCÂMBIO

13-Nome KAILANE DE CASTRO MELO	8-Ponto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome do titular do plano KAILANE DE CASTRO MELO				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 23/09/2002				
---	--	--	--	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 105628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CHES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	27-Número no CRO 10035	28-UF CE	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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1.	00	85100196	17	O	1	6,10	0,00		S	20/10/2012	Realizar	
2.	00	85100200	16	OM	1	8,80	0,00		S	20/10/2012	Realizar	
3.	00	85100218	15	ODM	1	2,20	0,00		S	20/10/2012	Realizar	
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prescrição / Limite do Tratamento 20/10/2012	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 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(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-Quitação
Nobre E. C. Nobre

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/10/2012 Nobre E. C. Nobre - Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/10/2012 Nobre E. C. Nobre - Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/2012 Kailane Castro

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

