



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 11/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7701100	7-Data Validade da Senha 11/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025301252000001014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEONARDO VIEIRA DE MORAIS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILVANIA VIEIRA		
27/03/2002					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6111282011100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/07/2012		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 178,00	47-Valor Total R\$ 67,64
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 11/07/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992		51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 11/07/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2012 LEONARDO VIEIRA DE MORAIS	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/07/2012					