



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



493889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/2012	4-Data de Autorização 27/04/2012	5-Sertha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8366293	7-Data Validade da Sertha 06/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202512385100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome GABRIELA SOUZA SANTOS		14-Telefone () / /	
13-Nome GABRIELA SOUZA SANTOS		24/02/1986		15-Nome do titular do plano GABRIELA SOUZA SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 48299		19-JF MG		20-Código CBO S	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES		23-Número no CRO 48299		24-JF MG	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11006337865511		22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		25-Código CNES MG		26-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		27-Número no CRO 48299		28-JF 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 Glosa 42-Assinatura
1	0 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0 1	CONSULTA ODONTOLÓGICA					1	3 4 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
2	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			HASE		1	3 5 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
3	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			HASD		1	3 5 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
4	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			HAID		1	3 5 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
5	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			HAIE		1	3 5 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
6	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA			16	MO	1	8 8 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
7	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA			17	MO	1	8 8 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
8	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA			27	O	1	6 1 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
9	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA			45	O	1	6 1 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
10	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA			44	O	1	6 1 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
11	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA			13	V	1	6 1 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
12	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA			23	V	1	6 1 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
13	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA			14	V	1	6 1 0 0		0 0 0 0	S	0 1 / 0 6 / 2 1	
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			

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 2012/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2012/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2012/05/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--