



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2015	4-Data de Autorização 11/04/2015	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8587230	7-Data Validade da Guia 11/12/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

551264
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025348198000001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome VIRGINIA ANTUNES MARIANO	20/05/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VIRGINIA ANTUNES MARIANO
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-00	810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	3114/05/21			
2-00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	3114/05/21			
3-00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	3114/05/21			
4-00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	3114/05/21			
5-00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	3114/05/21			
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 174,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização 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/foram 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 11/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Virginia Antunes Mariano	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---