

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

554740
INTERCÂMBIO

1- Número ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/08/10 15/12/11	4- Data de Autorização 11/09/10 15/12/11	5- Senha AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8598980	7- Data Validade da Senha 11/06/10 18/12/11
8- Nome do Beneficiário GRACENILDE RIBEIRO DA SILVA			12- Número do Cartão Nacional de Saúde		
9- Plano POS REDE PRESTADORA			10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13- Nome GRACENILDE RIBEIRO DA SILVA			11- Data Validade da Carteira 11/11/11		
14- Data 04/11/1982			15- Nome do titular do plano GRACENILDE RIBEIRO DA SILVA		

16- Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		18- Número no CRO 9636		19- UF DF		20- Código CBO S		21- Código no CRO 9636		22- Nome do Contratado Excutante IRANI XAVIER DE SOUZA		23- Número no CRO 9636		24- UF DF		25- Código CNES		26- Número no CRO 9636		27- UF DF		28- Código CBO S		29- UF DF		30- Código CBO S		31- UF DF		32- Código CBO S		33- UF DF		34- UF DF		35- UF DF		36- UF DF		37- UF DF		38- UF DF		39- UF DF		40- UF DF		41- UF DF		42- UF DF		43- UF DF		44- UF DF		45- UF DF		46- UF DF		47- UF DF		48- UF DF		49- UF DF		50- UF DF		51- UF DF		52- UF DF		53- UF DF		54- UF DF		55- UF DF		56- UF DF		57- UF DF		58- UF DF		59- UF DF		60- UF DF		61- UF DF		62- UF DF		63- UF DF		64- UF DF		65- UF DF		66- UF DF		67- UF DF		68- UF DF		69- UF DF		70- UF DF		71- UF DF		72- UF DF		73- UF DF		74- UF DF		75- UF DF		76- UF DF		77- UF DF		78- UF DF		79- UF DF		80- UF DF		81- UF DF		82- UF DF		83- UF DF		84- UF DF		85- UF DF		86- UF DF		87- UF DF		88- UF DF		89- UF DF		90- UF DF		91- UF DF		92- UF DF		93- UF DF		94- UF DF		95- UF DF		96- UF DF		97- UF DF		98- UF DF		99- UF DF		100- UF DF	
---------------------------	--	---	--	---------------------------	--	--------------	--	------------------	--	---------------------------	--	---	--	---------------------------	--	--------------	--	-----------------	--	---------------------------	--	--------------	--	------------------	--	--------------	--	------------------	--	--------------	--	------------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												41- Motivo da Glorosa	42- Assinatura
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Foco	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização			
1-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6	1,00	0,00	0,00	19/05/10	Gracilda			
2-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6	1,00	0,00	0,00	19/05/10	Gracilda			
3-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6	1,00	0,00	0,00	19/05/10	Gracilda			
4-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6	1,00	0,00	0,00	19/05/10	Gracilda			
5-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
6-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
7-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
8-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
9-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
10-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
11-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
12-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
13-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
14-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													
15-0-0-0-8-5-1-0-0-1-9-6-1-1													

43- Data Previsto 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\$
11/11/11	1- Total 2- Parcial	1- Total 2- Parcial	244,00	0,00	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) 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 Cirurgião-Dentista Solicitante	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53- Data, local e Contribuição da Empresa
	18/05/2010	18/05/2010	19/05/10	19/05/10