



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/2012	4-Data de Autorização 20/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9420656	7-Data Validade da Senha 20/11/2013	822411 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025437425000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome DELFINA MARIA DA SILVA MACHADO		14-Telefone 15/02/1992	15-Nome do titular do plano DELFINA MARIA DA SILVA MACHADO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES		18-Número no CRO 2417	19-UF CE	20-Código CBO 3 02	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24172774334	22-Nome do Contratado Exatante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES		23-Altimo no CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNEC	
26-Nome do Profissional Executoria ANA CLARISSA PASSOS CHAVES			27-Número no CRO 2417	28-UF CE	29-Código CBO 3	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsto Término do Tratamento						
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\$ 0,00						
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 Ana Clarissa Passos Chaves Cirurgia buco-maxilo-facial CRO-CE 24172774334 Tel: (85) 3199-5000						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2012						
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2012						
52-Data, local e Carimbo da Empresa						