

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UF



382533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2010	4-Data de Autorização 01/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7903196	7-Data Validada da Senha 23/12/2010
8-Número da Carteira 00202531624100000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /
13-Nome DAVIDSON LUCAS MADEIRA PRATA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAVIDSON LUCAS MADEIRA PRATA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05734412600			22-Nome do Contratado Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA		
26-Nome do Profissional Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA			27-Número no CRO 28660		
28-UF MG			29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
25-Código CNES 025 - Faturar Empresa			25-Código CNES 025 - Faturar Empresa		
25-Código CNES 025 - Faturar Empresa			25-Código CNES 025 - Faturar Empresa		

33-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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/10/2010		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/10/2010		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/10/2010		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			01/10/2010		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/10/2010		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00			07/10/2010		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00			07/10/2010		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00			07/10/2010		
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00			07/10/2010		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 530,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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-Reservação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/2010
---------------	---	---	---	---