

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2º Nº

437682
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
09/10/2011

6-Número da Guia Principal
8131615

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/12/2011

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2011

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
3181860319104

22-Nome do Contratado Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

23-Número no CRO
9636

24-UF
DF

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
IRANI XAVIER DE SOUZA

27-Número no CRO
9636

28-UF
DF

29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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-Autorização
1-001811000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HAID	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	09/10/2011	
2-001815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/10/2011	
3-001815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/10/2011	
4-001815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/10/2011	
5-001815300047											
6-001815300047											
7-001815300047											
8-001815300047											
9-001815300047											
10-001815300047											
11-001815300047											
12-001815300047											
13-001815300047											
14-001815300047											
15-001815300047											

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/12/2011

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1178,00

47-Valor Total R\$
10,00

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), 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
11/12/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/2011

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/12/2011

Dr. Irani Xavier de Souza
CRO - DF 9636