

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

428752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 11/12/10	4-Data de Autorização 08/11/12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8094056	7-Data Validade da Senha 12/04/10/12/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALDELICE DA SILVA RODRIGUES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano VALDELICE DA SILVA RODRIGUES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		18-Número no CRO 19222		19-UF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0062222669506		22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		23-Número no CRO 19222		24-UF BA		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		27-Número no CRO 19222		28-UF BA		29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/10	✓
2-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/10	✓
3-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/10	✓
4-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/10	✓
5-											✓
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 08/12/10	44-Tipo de Atendimento L	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11414,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / 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 realizado(s) / 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 08/12/10 Aline Monteiro	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/10 Aline Monteiro	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/10 Valdelice da Silva Rodrigues
--	--	--