



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 12/12/11	4-Data de Autorização 10/9/10 12/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8259674	7-Data Validade da Guia 10/13/10 15/12/11
--------------------------	--	---	----------------------	---------------------------------------	--

467909
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210121513151019161101010101011011	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 11/11/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome CAMILA MARTINS DOS SANTOS	14/06/1992	14-Tipo (13) 99646706	15-Nome do titular do plano CAMILA MARTINS DOS SANTOS
--------------------------------------	------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atividade de a RN N	17-Atividade do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON	18-Número no CRO 8005	19-LUF BA	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	--	--------------------------	--------------	--------------------------

21-Código no Operadora - CNPJ / CPF 018277611857318	22-Nome do Contratado, Executante THIAGO MALBAR MOSCON	23-Número no CRO 8005	24-LUF BA	25-Código CNES Enviar - I RX (1) 85700200
--	---	--------------------------	--------------	---

26-Nome do Profissional Executante THIAGO MALBAR MOSCON	27-Número no CRO 8005	28-LUF BA	29-Código CBO S (1) 85700200
--	--------------------------	--------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taxada	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Preço	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Coparticipação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Valor da Cláusula 42-Assinatura
1-1010185110101210101		RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	181810101	1010101			09/10121011	camila
2-1010185110101210101		RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	181810101	1010101			09/10121011	camila
3-1010185110101210101											
4-1010185110101210101											
5-1010185110101210101											
6-1010185110101210101											
7-1010185110101210101											
8-1010185110101210101											
9-1010185110101210101											
10-1010185110101210101											
11-1010185110101210101											
12-1010185110101210101											
13-1010185110101210101											
14-1010185110101210101											
15-1010185110101210101											

43-Data Recebido 09/10121011	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17610101	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 1010101
---------------------------------	--	--	------------------------------------	-------------------------------	---

49-Declarar

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, consoante o que a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operador

50-Operador

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10121011	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10121011	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável camila malbar moscon	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável camila malbar moscon
--	--	---	---