

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



394884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 01/01/2011	4-Data de Autorização 11/9/11 01/01/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954209	7-Data Validade da Sentença 11/11/01 11/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102102532206800000101021		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome KATHARINA MOTA DA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano KATIA SANTOS MOTA
------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	18-Número no CRO 9574	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011744752508	22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	23-Número no CRO 9574	24-UF BA	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	27-Número no CRO 9574	28-UF BA	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dento/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa
1-0101810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/10/2011	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$	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), 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 11/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/10/2011
---	---	---	---

Dra Aline Montenegro
Cirurgião-Dentista
CRO BA: 19222