

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

779029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11	4-Data de Autorização 11/12/11	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 9286573	7-Data Validade da Senha 11/01/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254211510000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HEITOR DE ARAUJO SALES SILVA OLIVEIRA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano HEITOR DE ARAUJO SALES SILVA OLIVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMILSON OLIVEIRA SIQUEIRA JUNIOR	18-Número no CRO 6068	19-UF RN	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08941168430111
22-Nome do Contratado Executante AMILSON OLIVEIRA SIQUEIRA JUNIOR					
23-Número no CRO 6068					
24-UF RN					
25-Código CNES (IF) 85200158-26					
26-Nome do Profissional Executante AMILSON OLIVEIRA SIQUEIRA JUNIOR					
27-Número no CRO 6068					
28-UF RN					
29-Código CBO S (IF) 85200158-27					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00
2-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00
3-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00
4-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00
5-00185200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	26	1	1	53,30
6-00185200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	27	1	1	53,30
7-00185200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	53,30
8-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	37	1	1	33,30
9-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO				
10-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO				
11-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO				
12-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO				
13-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO				
14-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO				
15-00185200140	TRATAMENTO ENDODONTICO				
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					

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.

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 12076,00	47-Valor Total R\$ 1010,01	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,01
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11		