



Resolução para o dia 11/11/2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



630800
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 17/12/11	4-Data de Autorização 12/17/10 17/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8848031	7-Data Validade da Série 12/10/11 10/12/11
Dados do Beneficiário			6-Plano POS REDE PRESTADORA		
6-Plano da Central 0 0 2 0 2 2 5 3 8 1 2 5 8 0 0 0 0 0 1 0 1			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome MARIA DO CARMO CARVALHO			14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO CARVALHO			16-Data Validade da Central 12/10/11 10/12/11		
17-Data Validade da Série 12/10/11 10/12/11			12-Número do Cadastro Nacional de Saúde		
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 35532	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 5 4 8 6 9 8 6 1 3		22-Nome do Contratado Examinante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES		23-Número no CRO 35532	
26-Nome do Profissional Examinante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES		27-Número no CRO 35532		28-UF MG	
29-UF MG		20-Código CBO S 09		25-Código CNEB (1) 81000405	
025 - Faturar Empresa Enviar - RX					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Notas da Oclusa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 4 0 5			1	7 8,00	0,00		51	28/07/11		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Alinhamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia Co-participação R\$
	1-Tratamento Ortodôntico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-LigaduraEnergética	1-1-Total 2-Parcial	7 8,00	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(a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Contato da Empresa					