



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

425164
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 01/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8079270	7-Data Validade da Senha 21/02/21																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 00202531018700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome VALDEMAR MOREIRA CAVALCANTE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDEMAR MOREIRA CAVALCANTE																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	18-Número no CRO 2417	19-UF CE	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2417274334	22-Nome do Contratado Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	23-Número no CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNES																																															
26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES		27-Número no CRO 2417	28-UF CE	29-Código CBO S																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																			
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																							
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6100	0,00		S	12/20																																									
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6100	0,00		S	12/20																																									
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6100	0,00		S	12/20																																									
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6100	0,00		S	12/20																																									
5-																																																			
6-																																																			
7-																																																			
8-																																																			
9-																																																			
10-																																																			
11-																																																			
12-																																																			
13-																																																			
14-																																																			
15-																																																			
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 24400		47-Valor Total R\$ 0,00		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(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 01/12/2012													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2012													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/2012													53-Data, local e Carimbo da Empresa												