

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

429318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/12/01		4-Data de Autorização 10/4/11 12/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8096381		7-Data Validade da Senha 12/5/10 12/12/11	
8-Número da Carteira 000201253385240000010101		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 GESSICA FLORIANO DA SILVA		14-Telefone (11) 11111111		15-Data Validade do plano		16-Nome do titular do plano GESSICA FLORIANO DA SILVA		17-Data Validade do plano			
18-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1818575160672		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Código CNES 24111	
24-UF RJ		25-Código CBO S 24111		26-UF RJ		27-Código CBO S 24111		28-UF RJ		29-Código CBO S 24111	
30-UF RJ		31-Código CBO S 24111		32-UF RJ		33-Código CBO S 24111		34-UF RJ		35-Código CBO S 24111	

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
1-000185300047	1-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	SORRINDO MAIS LTDA-MF
2-000185300047	2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	SORRINDO MAIS LTDA-MF
3-000185300047	3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	SORRINDO MAIS LTDA-MF
4-000185300047	4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	SORRINDO MAIS LTDA-MF
5-000185100196	5-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00	0,00	0,00	1	12/11/11	SORRINDO MAIS LTDA-MF
6-000185100196	6-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00	0,00	1	12/11/11	SORRINDO MAIS LTDA-MF
7-000185100196	7-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
8-000185100196	8-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-000185100196	9-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-000185100196	10-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-000185100196	11-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-000185100196	12-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-000185100196	13-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-000185100196	14-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-000185100196	15-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA									

43-Data Provisão Término do Tratamento 12/11/11	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 126,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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(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 caso não haja previsão em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/11