

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

548041
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/05 15/12/11	4-Data de Autorização 12/01/05 15/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8575670	7-Data Validade da Senha 09/11/08 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020125331537000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA PAULA TEIXEIRA DA SILVA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano ANA PAULA TEIXEIRA DA SILVA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1121624736751111	22-Nome do Contratado Executante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO
25-Nome do Profissional Executante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO	
18-Número no CRO 50076	19-UF RJ
20-Código CBO S	24-UF RJ
23-Número no CRO 50076	25-Código CNES
27-Número no CRO 50076	28-UF RJ
29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	17	O	1	61,00	0,00	0,00		20/10/05	Spa Paula T
1-001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00		20/10/05	Spa Paula T
2-001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00		20/10/05	Spa Paula T
3-001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00		20/10/05	Spa Paula T
4-001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA									
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/10/05 11/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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, a por mim assinado(s), fôrram 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 20/10/05 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 20/10/05 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/05 11/12/11
---------------	--	--	--