

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



366754  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 13/11/08 12:01	4-Data de Autorização 01/11/10 12:01	5-Semla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834122	7-Data Validade da Semla 12/9/11 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020252384800000101	5-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LARISSA ONASIS MONTEIRO MAGALHAES	20/05/1996	14-Teléfono ( ) -	15-Nome do titular do plano LARISSA ONASIS MONTEIRO MAGALHAES
--	------------	----------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código no Dependente / CNPJ / CPF 82436274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CUES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	27-Número no CRO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denêr Regiço	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		34,00	0,00			SI	18/08/20	
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 12/10/20	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

49-Observação  
Dentista, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita a autorização a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado 11/21/08 11:20	51-Data, local e Assinatura do Operador Dentil 11/21/08 11:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/08 11:20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/21/08 11:20
---	--	---	---