



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



tranquilizada para você agir

443015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/18/11 12/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8154771	7-Data Validade da Sentença 11/17/11 01/13/12/11
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 101020125343548000010101			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12/12/10		
13-Nome FRANCIELLE DELFINO			14-Telefone (11) 11111111		
15-Data de Nascimento 17/11/1992			15-Nome do titular do plano FRANCIELLE DELFINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8307		19-UF SC	20-Código CBO S 09	25-Código CNES 8307	26-Código CBO S 8307
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		23-Número no CRO 8307		24-UF SC	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1041181824189471		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S 8307	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabella	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 Guia 42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	4	0	5	1	1	18/11/2010	franciele
2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	18/11/2010	
3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
4	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
5	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
6	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
7	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
8	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
9	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
10	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
11	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
12	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
13	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
14	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	
15	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	18/11/2010	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 12/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1111718100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10100
---	--	---	--------------------------------------	-----------------------------	--

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), fôro(m) 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 18/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/11/2010
---------------	---	---	---	--

CPF: 07.852.615/0001-73
Dra. Mariana C. Medeiros