

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

598421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 06/12/11	4-Data de Autorização 12/08/10 06/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8744197	7-Data Validade da Senha 12/03/10 09/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002020253843141000000106		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data 15/01/2001		14-Telefone (1921) 32188-2348	
15-Nome ALAN CARLOS MIRANDA DOS SANTOS		16-Data 15/01/2001		17-Data 15/01/2001		18-Data 15/01/2001	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF AM		20-Código CBO S		21-UF AM		22-Código CBO S		23-UF AM		24-Código CBO S		25-UF AM		26-Código CBO S		27-UF AM		28-Código CBO S		29-UF AM		30-Código CBO S		31-UF AM		32-Código CBO S		33-UF AM		34-Código CBO S		35-UF AM		36-Código CBO S		37-UF AM		38-Código CBO S		39-UF AM		40-Código CBO S		41-UF AM		42-Código CBO S		43-UF AM		44-Código CBO S		45-UF AM		46-Código CBO S		47-UF AM		48-Código CBO S		49-UF AM		50-Código CBO S		51-UF AM		52-Código CBO S		53-UF AM		54-Código CBO S		55-UF AM		56-Código CBO S		57-UF AM		58-Código CBO S		59-UF AM		60-Código CBO S		61-UF AM		62-Código CBO S		63-UF AM		64-Código CBO S		65-UF AM		66-Código CBO S		67-UF AM		68-Código CBO S		69-UF AM		70-Código CBO S		71-UF AM		72-Código CBO S		73-UF AM		74-Código CBO S		75-UF AM		76-Código CBO S		77-UF AM		78-Código CBO S		79-UF AM		80-Código CBO S		81-UF AM		82-Código CBO S		83-UF AM		84-Código CBO S		85-UF AM		86-Código CBO S		87-UF AM		88-Código CBO S		89-UF AM		90-Código CBO S		91-UF AM		92-Código CBO S		93-UF AM		94-Código CBO S		95-UF AM		96-Código CBO S		97-UF AM		98-Código CBO S		99-UF AM		100-Código CBO S	
---	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	------------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	0	12/08/10	ALAN
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	12/08/10	ALAN
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	12/08/10	ALAN
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	12/08/10	ALAN
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	12/08/10	ALAN
6-0001853000047											
7-0001853000047											
8-0001853000047											
9-0001853000047											
10-0001853000047											
11-0001853000047											
12-0001853000047											
13-0001853000047											
14-0001853000047											
15-0001853000047											

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/08/10 06/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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/foram 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/10 06/12/11 Dr. Kaio Azedo Leite Cirurgião-Dentista CRO - AM 4602	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/10 06/12/11 Dr. Kaio Azedo Leite Cirurgião-Dentista CRO - AM 4602	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/10 06/12/11 ALAN MIRANDA
--	--	---