

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 14/12/11	4-Data de Autorização 12/7/10 14/12/11	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8523253	7-Data Validade da Seria 12/6/10 17/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

534381
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10020202536367600000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
1/1/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

BRUNA FERREIRA SOARES

10/06/1995

14-Telefone
(11) 1111111115-Nome do titular do plano
BRUNA FERREIRA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN

CLÍNICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA

18-Número no CRO
3883919-UF
MG20-Código CBO S
06025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1086263296011

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES23-Número no CRO
3883924-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

27-Número no CRO
3883928-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

38839

28-UF
MG

29-Código CBO S

(I) 81000421-
(I) 81000421-

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

1-00085200158

TRATAMENTO ENDODÔNTICO

36

1

1

53300

0000

12/07/10

12/07/10

Bruna

2-00081000421

RX PERIAPICAL

RME

1

1

1400

0000

12/07/10

12/07/10

Bruna

3-00081000421

RX PERIAPICAL

RME

1

1

1400

0000

12/07/10

12/07/10

Bruna

4-00000000000

5-00000000000

6-00000000000

7-00000000000

8-00000000000

9-00000000000

10-00000000000

11-00000000000

12-00000000000

13-00000000000

14-00000000000

15-00000000000

43-Data Previsão Término do Tratamento

12/07/10 15/12/11

44-Tipo de Agendamento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

56100

47-Valor Total R\$

10000

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 no 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/07/10 15/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/10 15/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/07/10 15/12/11 - Bruna Ferreira Soares

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/07/10 15/12/11

Soares