



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24-N°

398056
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967384	7-Data Validade da Senha 14/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 01012012524420200001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS ANTONIO DA SILVA	14-Telefone (121) 3140715504	15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FATIMA DA CUNHA COSTA	18-Número no CRO 17044	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 17156370907001	22-Nome do Contratado Executante FATIMA DA CUNHA COSTA	23-Número no CRO 17044	24-UF RJ	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante FATIMA DA CUNHA COSTA	27-Número no CRO 17044	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento: Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guia
1-010	815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VIP	1	12200	12200	000		10/10/2012	
2-010	815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIP	1	12200	12200	000		10/10/2012	
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											

42-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/12	43-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	44-Exame Radiológico	45-Onodiagnóstico	46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 24400	47-Valor Total R\$ 24400	48-Total Franquia - Co-participação R\$ 000
--	---	----------------------	-------------------	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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), 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.

99-Observação

50-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	51-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012	53-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional 12/11/2012
--	--	--	--