

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

722556
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Ingresso na Guia 12/09/09 12:11	4-Data de Autorização 12/09/09 12:11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9117393	7-Data Validade da Sentença 28/11/12 12:11
8-Número da Carteira 0020202531311600000102			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome ELISIANE MARIA BORGES MAGALHAES BRITO			15-Data de Prestação 11/09/1970		
16-Atendimento a RN CLINICERTA			18-Número no CRO 23855		
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICERTA			19-UF MG		
21-Código na Operadora (CNPJ / CPT) 0322185165011			23-Número no CRO 23855		
22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO			24-UF MG		
25-Nome do Profissional Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO			26-Código CBO S 06		
27-Plano ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO			28-UF MG		
29-Plano ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO			29-Código CBO S		

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	13-Data Validade da Carteira	14-Teléfono	15-Nome do titular do plano ELISETTE BORGES MAGALHAES TAVARES	16-Código CBO S 06	17-UF MG	18-Número no CRO 23855	19-UF MG	20-Código CBO S	21-UF MG	22-UF MG	23-UF MG	24-UF MG	25-UF MG	26-UF MG	27-UF MG	28-UF MG	29-UF MG	30-UF MG	31-UF MG	32-UF MG	33-UF MG	34-UF MG	35-UF MG	36-UF MG	37-UF MG	38-UF MG	39-UF MG	40-UF MG	41-UF MG	42-UF MG	43-UF MG	44-UF MG	45-UF MG	46-UF MG	47-UF MG	48-UF MG	49-UF MG	50-UF MG	51-UF MG	52-UF MG	53-UF MG	54-UF MG	55-UF MG	56-UF MG	57-UF MG	58-UF MG	59-UF MG	60-UF MG	61-UF MG	62-UF MG	63-UF MG	64-UF MG	65-UF MG	66-UF MG	67-UF MG	68-UF MG	69-UF MG	70-UF MG	71-UF MG	72-UF MG	73-UF MG	74-UF MG	75-UF MG	76-UF MG	77-UF MG	78-UF MG	79-UF MG	80-UF MG	81-UF MG	82-UF MG	83-UF MG	84-UF MG	85-UF MG	86-UF MG	87-UF MG	88-UF MG	89-UF MG	90-UF MG	91-UF MG	92-UF MG	93-UF MG	94-UF MG	95-UF MG	96-UF MG	97-UF MG	98-UF MG	99-UF MG	100-UF MG
--------------------------------------	------------------------------	---	------------------------------	-------------	--	-----------------------	-------------	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Conteúdo Regio	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	25/10/24	Elisiane B
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	25/10/24	Elisiane B
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	25/10/24	Elisiane B
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	25/10/24	Elisiane B
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/10 12:11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 14400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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. Dando, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), to(ram) 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