



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



531543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/10 14:12:11	4-Data de Autorização 12/06/10 14:12:11	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8514031	7-Data Validade da Sineta 12/07/10 17:12:11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020202530823300000001001001	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome GISELA DE BRITO SILVA	17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	18-Número no CRO 26384	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade da Carteira 11/11/11
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0071106916716784	23-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		24-UF RJ	25-Código CNES 26384	26-Data Validade da Carteira 11/11/11
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
27-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	28-UF RJ	29-Código CBO S 26384	30-Código CBO S 025 -	31-Data Validade da Carteira 11/11/11	32-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Descrição	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS
1-010815100218 RESTAURAÇÃO RESINA	11 PVI	1	122100	0,10	0,10
2-010815100218 RESTAURAÇÃO RESINA	31 VIL	1	122100	0,10	0,10
3-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA	48 O	1	61100	0,10	0,10
4-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA	38 O	1	61100	0,10	0,10
5-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
6-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
7-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
8-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
9-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
10-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
11-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
12-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
13-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
14-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
15-010815100196 RESTAURAÇÃO RESINA					
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/06/10 14:12:11					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofobia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total US 36100					
47-Valor Total RS 0100					
48-Total Franquia / Co-participação RS 0100					

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 realizado(s) 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 12/06/10 14:12:11 Helena Moutinho Pimenta de Mattos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 12/06/10 14:12:11 Helena Moutinho Pimenta de Mattos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/06/10 14:12:11 Gisela de Brito Silva	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/06/10 14:12:11 Helena Moutinho Pimenta de Mattos
--	---	--	---