



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1129820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 9/12/2		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10326258		7-Data Validade da Senha 10/11/12/12/2	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 1010201250351130000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EUNICE MENDES DA ROSA		14-Teléfono () / /		15-Nome do titular do plano EUNICE MENDES DA ROSA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI		18-Número no CRO 22994		19-UF RS		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141411435700010101		22-Nome do Contratado Executante CONSULTORIO BEI DENTI LTDA		23-Número no CRO 22994		24-UF RS		25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI		27-Número no CRO 22994		28-UF RS					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-00018110000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34		00	
2-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
3-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
4-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
5-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
6-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
7-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
8-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
9-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
10-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
11-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
12-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
13-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
14-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
15-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36		00	
43-Data Previsto Término do Tratamento / /									
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência									
45-Total Quantidade US 117800									
46-Valor Total R\$ 1000									
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000									

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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	--	--	--	--	--	--



2-No

for John and Mary