



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



436997
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 12:12:01	4-Data de Autorização 12/09/11 12:12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8128479	7-Data Validação da Sentença 10/08/10 13:12:11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01012101215397729100000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELIANE NERES DE BARROS	06/08/1986	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ELIANE NERES DE BARROS
-----------------------------------	------------	-------------------------------	---

16-Autorização a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES	18-Número no CRO 7692	19-UF MT	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10146746721810	22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES	23-Número no CRO 7692	24-UF MT	25-Código CHES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DANDARA MOTA GOMES	27-Número no CRO 7692	28-UF MT	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tipo de Tratamento / Procedimento Solicitado	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocas	42-Assinatura
1-0	0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	00	12/12/2011	ELIANE	
2-1	1											
3-1	1											
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Endodontia 5-Periodontia	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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. 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-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2011	51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2011	52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2011	53-Dado Local e Carimbo da Empresa 08/11/2011
--	--	--	--

Av. Castelo Branco, nº 1350
Bairro: Jardim Imperador - CEP: 78.125-702
VARZEA GRANDE - MT

CRO-MT: 7692

CNPJ: 36.100.455/0001-26
FABRICADO ODONTOLÓGICA LTDA