



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



532225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/03/2014	3-Data de Autorização 10/08/2015	4-Sineta AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8515405	6-Data Validação da Sineta 12/12/2017
Decisão do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202536968900000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA BETANIA FERNANDES DA SILVA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano MARIA BETANIA FERNANDES DA SILVA					
Decisão do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA	18-Número no CRO 9636	19-UF DF	20-Código CEO S 025 -	21-Data Validade da Carteira 11/11/11
22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA					
23-Número no CRO 9636					
24-UF DF					
25-Código CNES Envia - RX (1) 85100200					
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA					
27-Número no CRO 9636					
28-UF DF					
29-Código CEO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	1	188000
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61000
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					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Fraturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Oc-participação R\$					

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), folhiem 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 06/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Profissional 08/10/2015
---	---	---

CRP - DF 0896