

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384097
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 09/12/10	4-Data de Autorização 12/08/10 09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7903845	7-Data Validade da Senha 12/15/11 12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025222740600000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA TAIS DA COSTA	14-Teléfono (1311) 3317-7436	15-Nome do titular do plano NATALIA TAIS DA COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO	18-Número no CRO 27085	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10412011267679	22-Nome do Contratado Exatante FABIOLA DULCE MONTEIRO	23-Número no CRO 27085	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Exatante FABIOLA DULCE MONTEIRO		27-Número no CRO 27085	28-UF MG	29-Código CBO S (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDP	1	1	12200	0,00	0,00	S	29/10/10	
2-00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	1	12200	0,00	0,00	S	29/10/10	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1244,00	47-Valor Total R\$ 1244,00	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 da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 29/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/10	54-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/10
---	---	---	---	---

Fabíola Dulce Monteiro
CIRURGIÁ DENTISTA
CRQ-MG: 27085