



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

241



1-Registro ANS 406414	3-Cidade de Emissão da Guia 11411121210	4-Cidade de Autorização 11511121210	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8142825	7-Cidade Validade da Guia 11411131211
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

440324
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021012151316151131010101011011	9-Flav POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Validade da Carteira 11111111111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JHONES TEODORO DE JESUS	01/10/1995	14-Telefone (1413) 8808955411	15-Nome no Livro de Assin JHONES TEODORO DE JESUS
------------------------------------	------------	----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço de Atuação N	17-Endereço do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON	18-Endereço no CRO 8005	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
-----------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código no Operadora - CNPJ / CPF 0827611857138	22-Endereço do Contratado Executante THIAGO MALBAR MOSCON	23-Endereço no CRO 8005	24-UF BA	25-Código CUES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
--	--	----------------------------	-------------	---

26-Endereço de Profissão Executante THIAGO MALBAR MOSCON	27-Endereço no CRO 8005	28-UF BA	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tipo de Tratamento	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Força	35-Código	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência de Aplicação	39-R\$	40-Código de Referência	41-Endereço da Guia	42-Endereço
1-0	10	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
2-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
3-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
4-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
5-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
6-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
7-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
8-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
9-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
10-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
11-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
12-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
13-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
14-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011
15-0	01	18151101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	11	18181010	101010	15111101011	05121101011	05121101011	05121101011

43-Dia Previsto Término do Tratamento 05/10/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Atendimento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117161010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010
---	--	---	-------------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que este 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

10-Dia, mês e ano de Assinatura do Consultado-Dentista 05/10/11	11-Dia, mês e ano de Assinatura do Consultado-Dentista 05/10/11	12-Dia, mês e ano de Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/11	13-Dia, mês e ano de Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/11	14-Dia, mês e ano de Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/11
--	--	---	---	---