



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2091784
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
0 2 / 0 2 / 2 5

5-Número da Guia Principal
13168141

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 0 / 1 1 / 2 4

3-Data de Emissão da Guia
0 4 / 1 1 / 2 4

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 1 7 4 8 4 9 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

16/07/1988

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LILIANE DE FATIMA DAS MERCES SILVA

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
LILIANE DE FATIMA DAS MERCES SILVA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS

18-Número no CRO
44764

19-UF
RJ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 8 9 4 2 0 1 8 7 5 0

22-Nome do Contratado Executante
LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS

23-Número no CRO
44764

24-UF
RJ

25-Código CNES
44764

26-Número no CRO
44764

27-UF
RJ

28-Código CBO S

29-Código CBO S

30-Valor

31-Franquia/Co-participação R\$

32-Aut

33-Data de Realização

34-Motivo da Glosa

35-Assinatura

36-Descrição

37-Quantidade US

38-Face

39-Região

40-Valor

41-Tipo de Faturamento

42-Total Quantidade US

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tratamento Odontológico

46-Exame Radiológico

47-Urgência/Emergência

48-Valor Total R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade US	34-Face	35-Região	36-Valor	37-Quantidade US	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	14100	0	0	0	0	0	0
2-1												
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												

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/2012 12:41
Dr. Letícia Dias

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
12/01/2012 12:41
Dr. Letícia Dias

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/2012 12:41
Liliane de Fatima das Mercês Silva

53-Data, local e Assinatura do Operador
12/01/2012 12:41
Liliane de Fatima das Mercês Silva

Guia enviada 22/02/04