

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



422854
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 11/12/10	4-Data de Autorização 12/3/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069050	7-Data Validade da Senha 11/17/10 12/11/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010202533137700000010102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número de Cadastro Nacional de Saúde
13-Nome CELIA AMARO DA COSTA		15-Data 15/09/1966	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano TIAGO AMARO DA ROCHA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNEP / CPF 127685610814	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO		27-Número no CRO 29605	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data					
1 -	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0	S	23/11/11					
2 -															
3 -															
4 -															
5 -															
6 -															
7 -															
8 -															
9 -															
10 -															
11 -															
12 -															
13 -															
14 -															
15 -															

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11113400	47-Valor Total R\$ 11110010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
---	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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 23/11/11 Rio de Janeiro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/11 Rio de Janeiro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/11 Rio de Janeiro	53-Data, local e Assinatura da Empresa 23/11/11 Rio de Janeiro
--	--	--	---

CELIA AMARO DA COSTA

Interm