



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



393056
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946931	7-Data Validade da Sentença 06/10/11
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202529166600010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome CREUZENI NASCIMENTO SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CREUZENI NASCIMENTO SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11363076477011	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	27-Número no CRO 42544	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento									
1-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		11/11/2011	
2-10018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		11/11/2011	
3-10018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		11/11/2011	
4-10018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		11/11/2011	
5-10018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		11/11/2011	
6-111111111111										
7-111111111111										
8-111111111111										
9-111111111111										
10-111111111111										
11-111111111111										
12-111111111111										
13-111111111111										
14-111111111111										
15-111111111111										
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total US 1178,00		47-Valor Total RS 0,00		48-Total Franquia / Co-participação RS 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 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-Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/2011 Ramayana Heringer Lage	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/2011 Ramayana Heringer Lage	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11/2011 Creuzeni Nascimento Santos	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11 11/11/2011 Rio das Ostras Odonto
---------------	---	---	---	---

CNPJ - 32423372/0001-17