

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluido

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 01/2/01 4-Data de Autorização 10/3/11 11/2/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8008558 7-Data Validade da Sentença 12/7/11 01/2/11

407980
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025324790000101031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/7/11 01/2/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

13-Nome JORGE HENRIQUE DE SOUSA DE OLIVEIRA 14-Telefone (11) 31913213-180013 15-Nome do titular do plano ROSANGELA SOUSA LIMA DE FRANCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV DENTCLINIC 17-Nome do Profissional Societário 18-Número no CRO 29605 19-UF RJ 20-Código CBO S 03 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO 23-Número no CRO 29605 24-UF RJ 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 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- Foco	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Ousa	42- Assinatura
1-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
2-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
3-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
4-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
5-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odononcia 4- Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46-Total Quantidade US 1144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 prestadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48- Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/11 11/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/11 11/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11 11/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/11 11/11/11 54-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/11 11/11/11

Dr. Jorginho de Almeida Lima

Cirurgião Dentista
CRO RJ 29.605