

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



2264143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/03/12/51	4-Data de Autorização 10/5/10/5/12/51	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13712676	7-Data Validade da Seria 12/9/10/6/12/51
--------------------------	---	--	----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0002025117795400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome SIDNEY GARCEZ DE MENDONCA	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano SIDNEY GARCEZ DE MENDONCA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DREAM SMILE ODONTOLOGIA ESTETICA	18-Número no CRO 42013	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1578184970001771	22-Nome do Contratado Executante ANTUNES & AQUINO ODONTOLOGIA ESTETICA	23-Número no CRO 42013	24-UF RJ	25-Código CNES 9999999
---	---	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante ELLEN DE AQUINO OLIVEIRA	27-Número no CRO 42013	28-UF RJ	29-Código CBO S 8
--	---------------------------	-------------	----------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00					
2-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	73,00	0,00					
3-000												
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/5/10/51/25/10/51	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/5/10/51/25/10/51	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Ellen de Aquino Oliveira
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-RJ 42013

Dr. Ellen de Aquino Oliveira
CIRURGIÁ DENTISTA

Caros de Mendonça