

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autorização 12/01/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8199316	7-Data Válida da Sentença 11/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

454489
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202153394360000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIO TEIXEIRA DE SIQUEIRA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MICHELLE REGINA DE OLIVEIRA	

16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05758019720		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		27-Número no CRO 38540		28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	15/01/21		
2	0101851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16,00	0,00		S	15/01/21		
3	0101851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	16,00	0,00		S	15/01/21		
4	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	19/01/21		
5	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	19/01/21		
6	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	19/01/21		
7	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	19/01/21		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
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
300,00
47-Valor Total R\$
0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$
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(ram) 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 11/01/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21 Claudio Teixeira de Siqueira CRO-RJ 39540	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Claudio Teixeira de Siqueira