



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

P-200345



1-Registro ANS 406414 3-Código de Emissão da Guia 106110211261 4-Data de Autocção 11/01/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14890147 7-Data Validade da Série 07/10/12 8-2629030 INTERCÂMBIO

9-Planos POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Atena CRISTILIANA RODRIGUES VIEIRA 14-Teléfono 15-Nome do Bulão do plano GUSTAVO FELIPE RODRIGUES SILVA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO CHEID DA SILVA 18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2160333860001211 19-UF RJ 20-UF RJ 21-Nome do Contratado Executante GH IMAGENS ODONTOLÓGICAS LTDA 22-Número no CRO 25325 23-Número no CRO 25325 24-UF RJ 25-Código CNES 9114017 26-Código CBO S 27-Número no CRO 25325 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Cota de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO	1	1	1	222,00	0,00	0,00	S	13,00	26	CRD
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Terceiro do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativa US 222,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 c(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Comissão 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 55-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: *13/02/12*
 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: *13/02/12*
 53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: *13/02/12*
 54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: *13/02/12*
 55-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável: *13/02/12*
 GH Imagens Odontológicas
 26.033.3861001-21
 Gustavo Vieira