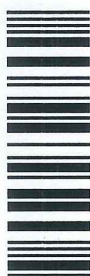




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



414833
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11/12/01	4-Data de Autorização 11/12/11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8035321	7-Data Validade da Senha 10/17/10/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número de Contato 010120125269960000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MAURO SANZ DIAS	14-Telefone (11) 885412383	15-Nome do titular do plano MAURO SANZ DIAS
----------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSUE CALEBE NOGUEIRA	18-Número no CRO 33898	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17501538297772	22-Nome do Contratado Executante JOSUE CALEBE NOGUEIRA	23-Número no CRO 33898	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JOSUE CALEBE NOGUEIRA	27-Número no CRO 33898	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-10	01810100165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	11/17/11	2011	X	
2-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	11/17/11	2011		
3-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00	0,00	0,00	11/17/11	2011		
4-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI		1	36,00	0,00	0,00	11/17/11	2011		
5-10	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	11/17/11	2011		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto 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 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/12
---	---	---	---