

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011 4-Data de Autorização 12/31/2011 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7712092 7-Data Validade da Sentença 11/4/11 8-Data Validade da Sentença 11/2/11

340757
INTERCAMBIO

9-Número da Carteira 10102012153057340100011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10/10/1986 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DAVI ROCHA DE SOUZA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano DAVI ROCHA DE SOUZA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 18-Número no CRO 45407 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10191035882776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES 1185100200 26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 27-Número no CRO 45407 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	18	O	1	6 1,0 0	0,0 0,0					
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	28	O	1	6 1,0 0	0,0 0,0					
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	38	O	1	6 1,0 0	0,0 0,0					
4-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	24	OD	1	8 8,0 0	0,0 0,0					
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	37	O	1	6 1,0 0	0,0 0,0					
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista 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 3 13 2 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 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 e referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/01/2011 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/01/2011 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/01/2011 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/01/2011 [Carimbo] 54-Data, local e Carimbo da Empresa 23/01/2011 [Carimbo] 55-Data, local e Carimbo da Empresa 23/01/2011 [Carimbo]

July Anne Mendonça da Silva
Cirurgião Dentista
CRO 45407