



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8656942	7-Data Validade da Senha 13/10/18/12/11
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

571596
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002102534933100000101	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 SILVIA REGINA FONTES XAVIER BOTELHO	25/11/1963	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SILVIA REGINA FONTES XAVIER BOTELHO
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 015715810197210111	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPSE
---	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	27-Número no CRO 38540	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Grosse	42-Assinatura
1-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	24	1	1	73,00	0,00	15,06	21			
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	15,06	21			
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 87,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/11 Cirurgião - Dentista CRO-RJ 38540	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---