

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2. Nº

456263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8206444	7-Data Validade da Senha 11/01/2011 11:21
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 10102102125331377000000101021	13-Nome CELIA AMARO DA COSTA	14-Telefone (21) 8558414263	15-Nome do titular do plano TIAGO AMARO DA ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	25-Código CNES
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	28-UF RJ	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1271685610884	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605			
26-Nome do Profissional Excusante CLARISSA DE SOUZA NETO					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorai 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	18	O	1	6100	0,00	0,00			
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6100	0,00	0,00			
2-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/2011	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 112100	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/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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 12/11/2011 11:21 Celia Amaro da Costa	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/11/2011 11:21 Tiago Amaro da Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011 11:21 Tiago Amaro da Rocha
--	---	--

53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/11/2011 11:21 R\$

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/11/2011 11:21 R\$