

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012 4-Data de Autorização 10/3/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8097287 7-Data Validade 12/5/12 429592 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002025321000000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JORGE FERNANDO CARMO DA LUZ 14-Telefone 21/10/1984 15-Nome do titular do plano JORGE FERNANDO CARMO DA LUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 18-Número no CRO 497 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02057710769 22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 23-Número no CRO 20497 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 27-Número no CRO 20497 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- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Clica	42- Assinatura
1	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	161,00	10,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima assinados, 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012 Dra. Flávia Cardoso Pereira Cirurgião-Dentista CRO-RJ 20497 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Dra. Flávia Cardoso Pereira Cirurgião-Dentista CRO-RJ 20497 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/12 J. Jorge F. Carmo da Luz 53-Data, local e Carimbo da Empresa