

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403983
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 4066414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/2/01 4-Data de Autorização 12/7/11 01/2/01 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7992279 7-Data Validade da Guia 12/1/10 11/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202153111490000010010031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL DUARTE BARROS DA SILVA 05/01/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CINTIA LUCIO DUARTE DA COSTA BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA CLEAR DENT LTDA 18-Número no CRO 18285 19-UF RJ 20-Código CBO S 06 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 100706995775 22-Nome do Contratado Executante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO 23-Número no CRO 18285 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 18285 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

25-Nome do Profissional Executante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO 26-Código CBO S 27-Número no CRO 18285 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	010	0100			27/10/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dado Previsto Termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otopneia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franchisa / 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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa