



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 01/02/10	4-Data de Autorização 11/05/11 01/02/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934428	7-Data Validade da Senha 10/03/11 01/02/11
---------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

390004
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 53170620000101031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANE RODRIGUES TEIXEIRA	24/12/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MICHAELLEN RODRIGUES DOS SANTOS	

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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105758019720	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES
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-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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/10/2011		19/10
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/10/2011		19/10
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/10/2011		19/10
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			15/10/2011		19/10
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/10/2011		19/10
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												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
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 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, compondo-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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	15/11/2011	15/10/2011	
	Dr. Leonardo Garcia	Dr. Leonardo Garcia	
	Cirurgião Dentista	Cirurgião Dentista	
	CRO-RJ 38540	CRO-RJ 38540	