



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO

Incluído de 13/10/20



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 10/12/10	4-Data de Autorização 11/03/11 10/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946210	7-Data Validade da Sentença 10/06/10 11/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

392877
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012025317491800000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ROSANA DOS REIS SOARES	14-Telefone (21) 967418163217	15-Nome do titular do plano ROSANA DOS REIS SOARES
-----------------------------------	----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 276685610884	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 85100200 (1) 81000421-	26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605	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 Guisa	42-Assinatura
1-000185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37 OV	1	1	8800	0,00	0,00	0,00	0,00	10/12/10	50000	
2-000181000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	1400	0,00	0,00	0,00	0,00	10/12/10	50000	
3-000181000421												
4-000181000421												
5-000181000421												
6-000181000421												
7-000181000421												
8-000181000421												
9-000181000421												
10-000181000421												
11-000181000421												
12-000181000421												
13-000181000421												
14-000181000421												
15-000181000421												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 110200	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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 11/11/10 Rio de Janeiro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10 Rio de Janeiro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10	53-Data, local e Contato da Empresa 11/11/10
--	--	---	---

Robson Reis Soares
Rio de Janeiro
Dra. Clarissa Neto
Cirurgia Dentista
CRO 29505