



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/11 11/210	4-Data de Autorização 13/01/11 11/210	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8089745	7-Data Validade da Semeta 12/3/10 21/21
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002025332130000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 427697 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome LOURIVAL CREBIO DA CONCEICAO MESQUITA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do plano LOURIVAL CREBIO DA CONCEICAO MESQUITA
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRIOD - RADIOLOGIA ORAL	18-Número no CRO 30636	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 086246397119	22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	23-Número no CRO 30636	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 81000405
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	27-Número no CRO 30636	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00		S	01/12/2011		
2-	0081000294	LEVANTAMENTO		1	2	22,00	0,00		S	01/12/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 127,00	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(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 01/12/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2011	52-Data, local e Assinatura do profissional / Responsável 01/12/2011	53-Data, local e Assinatura do profissional assistente 01/12/2011
---------------	---	---	---	--

1900 - Centro de Diagnóstico e Diagnóstico