



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 17:12:11	4-Data de Autorização 12/04/10 17:12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8798000	7-Data Validade da Senha 10/07/11 10:11:21
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

614893
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100020125396630000101011	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
13-Nome JOAO PAULO FERREIRA DA SILVA	06/04/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOAO PAULO FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105175801197210	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA
26-Nome do Profissional Excusante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	27-Número no CRO 38540
	28-UF RJ
	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	01008110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	02/08/11		
2	01008110000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00		S	02/08/11		
3	01008511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	16,10	0,00		S	02/08/11		
4	01008511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	16,10	0,00		S	04/08/11		
5	01008511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	16,10	0,00		S	04/08/11		
6	01008511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	16,10	0,00		S	02/08/11		
7	01008511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	16,10	0,00		S	02/08/11		
8	01008511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	16,10	0,00		S	10/08/11		
9	01008511000200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	18,00	0,00		S	10/08/11		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 15102100	47-Valor Total R\$ 101010	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/12 Dr. Leonardo Garcia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/11 João Paulo Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540