



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8304917	7-Data Validade da Guia 11/08/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

478647
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102021535434200101011011	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 LEONARDO HALFELD BALDI PEREIRA		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano LEONARDO HALFELD BALDI PEREIRA

16-Atendimento a RN LEONARDO GARCIA DE SOUZA		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157518011972011		22-Nome do Contratado / Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100200
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-Tabella	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
1-010	110100003101	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	1	34,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
2-010	185110020101	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PD	1	88,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
3-010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
4-010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
5-010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
6-010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
7-010	185130000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
8-010	185130000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
9-010	185130000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
10-010	185130000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/12/12	12/11		Leonardo
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 510,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Leonardo Garcia de Souza
CRO-RJ 38540