



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/10	4-Data de Autorização 12/11/11 11/12/10	5-Sinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062036	7-Data Validade da Sinha 11/15/11 02/12/11	421050 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202025324479000000103	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 JORGE HENRIQUE DE SOUSA DE OLIVEIRA						
14-Telefone (031) 914323-8000						
15-Nome do titular do plano ROSANGELA SOUSA LIMA DE FRANCA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	21-Data Validade da Guia 06/11/1980	
22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO						
23-Número no CRO 29605						
24-UF RJ						
25-Código CNES (I) 85100218						
26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO						
27-Número no CRO 29605						
28-UF RJ						
29-Código CBO S (I) 81000421-						
30-Tabula						
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código do Registo	34-Frete	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1-0001851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDP	1	122100	01000
2-000181000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	1400	01000
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						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Tipo de Faturamento						
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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/11 11/12/10 Cláudio Neto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/11 11/12/10 R5	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/11 11/12/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 24/11/11 11/12/10 R5	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 24/11/11 11/12/10 R5
---	---	--	--	--

Assinatura do Profissional Assistente: *Dr. Cláudio Neto*