



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



369347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/3/10 9/12/01	4-Dia de Autuação 10/3/10 9/12/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189039	7-Dia Validade da Série 10/2/11 12/12/01
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01013710101012867109171611	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPATAXI C DE C E T DOS M A T	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701409687589530
--	--------------------------------	--	---	--

13-Nome

GLACIA MARIA TORRES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GLACIA MARIA TORRES
---------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancoramento a RN N	17-Nome do Profissional Societário RODRIGO GONCALVES COSTA	18-UF RJ	19-UF RJ	20-Código CBO S 801	21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 0108182103394174011	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO GONCALVES COSTA	23-Número no CBO 47975	24-UF RJ	25-Código CNES 47975	26-Nome do Profissional Executante RODRIGO GONCALVES COSTA	27-Número no CBO 47975	28-UF RJ	29-Código CBO S 47975	30-Faturar Empresa
--------------------------	---	-------------	-------------	------------------------	--	---	---------------------------	-------------	-------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------	--------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do procedimento	32- Descrição	33- Dente/Raio	34- F-Rec	35- Ord	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	010181101010165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	01,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 01,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 01,00
---	---	---------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 solicitado(s), (foram realizados) 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

Dr. Rodrigo Gonçalves
CRU/RO 41.974

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

10/01/05/11 26	Assinatura
----------------	------------

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/01/07/11 20	Assinatura
----------------	------------

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/01/07/11 20	Assinatura
----------------	------------

53-Data, local e Carimbo da Empresa

--	--