

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 5/12/11 4-Data de Autorização 12/2/10 5/12/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8619846 7-Data Validade da Sentença 12/01/10 18/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025381951100001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/01/10 12/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome ANA CARLA SILVA 14-Teléfono 2411/1976 15-Nome do Titular do plano ANA CARLA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA COLCHETE DO AMARAL 18-Número no CRO 50146 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115227806705 22-Nome do Contratado Executante NATALIA COLCHETE DO AMARAL 23-Número no CRO 50146 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante NATALIA COLCHETE DO AMARAL 27-Número no CRO 50146 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glasa	42-Assinatura
1-0	081000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00		511331051811			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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

Dna. Natália Colchete do Amaral

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/10 15/12/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/10 15/12/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/10 15/12/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa

560906
 INTERCÂMBIO