

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 01/20	4-Data de Autorização 11/05/11 01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7935504	7-Data Validade da Senha 10/04/11 01/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202531706200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 390335 INTERCÂMBIO
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome

MICACELLEN RODRIGUES DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MICACELLEN RODRIGUES DOS SANTOS
---------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105758019720	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			11/05/11	20	Micacellen
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			11/05/11	20	Micacellen
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			11/05/11	20	Micacellen
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			11/05/11	20	Micacellen
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 144,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/11 20 Micacellen	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/11 20 Micacellen	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Leonardo Garcia

Cirurgião - Dentista

CRO-RJ 38540