

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



484487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 2/12/11	4-Data de Autorização 05/10/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8328421	7-Data Validação da Senha 12/5/10 5/12/11
8-Número da Carteira 0		9-Franquia POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 1/1/1/1/1/1
13-Nome LAWENNY DOS SANTOS ROSA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano DENIZE FIRMINO DOS SANTOS	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI	18-Número no CRO 27786	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	21-UF RJ	22-Número no CRC 27786	23-Número no CNES 27786	24-Código CBO S RJ	25-Código CBO S RJ	26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU	27-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	28-Código CBO S RJ	29-Código CBO S RJ
--	--	---	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------	-----------------------	--	--	-----------------------	-----------------------

Prazo de Tratamento / Procedimentos Solicitados 30-Tabela		31-Código do Procedimento 1-0 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Darma Região 36	34-Face OM	35-Qtd 1	36-Quantidade US 18 1,0 0	37-Valor 10,00	38-Franquia/Coo-participação RS 11S 05/03/2011	39-Aut S	40-Data de Realização 05/03/2011	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura D
--	--	--	------------------------------------	-----------------------	---------------	-------------	------------------------------	-------------------	---	-------------	-------------------------------------	--

1-0 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	18 1,0 0	10,00	11S 05/03/2011	D
2-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
3-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
5-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/5/10/2011		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontologia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 18 1,0 0	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia Coo-participação RS 0,00	

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 a carregar com os custos previstos em referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

26/03

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/5/10/2011	51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/5/10/2011	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/5/10/2011
53-Data, Local e Câmbio da Compra 10/5/10/2011 MAIS DE NITEROI		
CNPJ: 29.833.248/0001-19		
4º-Endereço Centro - Niterói - RJ		
Tel: 2711-6742		