

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10/19/12/11	4-Data de Autorização 12/14/10/19/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9101653	7-Data Validade da Sentença 12/13/11/12/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

717464
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002102539742900000104	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
13-Nome GABRIEL CARVALHO DAS NEVES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PALOMA CARVALHO DE MELO	

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0571580119720111		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		27-Número no CRO 38540	28-UF RJ	29-Código CBO S		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faço	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- 0	0	8400112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ		1	76,00	0,00					
2- 1	1											
3- 1	1											
4- 1	1											
5- 1	1											
6- 1	1											
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-1-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 76,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09/11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/09/11/12/11	53-Data, local e Cambio da Empresa 11/11/11
---	--	--	--

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540