

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



405947
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

27/11/2012

4-Data de Autorização

29/11/2012

5-Série

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7999909

7-Data Válida da Série

25/10/11/211

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Nome da Criança

010210253012536000000101

9-Idade

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Válida da Carteira

12-Nome do titular do plano

HADASSA GRATIVOL RIBEIRO

13-Nome

HADASSA GRATIVOL RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Matricula e RN

ANDREA BATISTA FERES

15-Código na Operadora / CNPJ / CPF

011705217702

16-Nome do Contratado Executante

ANDREA BATISTA FERES

18-Número no CRO

22644

19-UF

RJ

20-Código CBO S

025 -

21-UF

RJ

22-Código CNES

Faturar Empresa

23-Número no CRO

22644

24-UF

RJ

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

ANDREA BATISTA FERES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

31-Quantidade US

47,00

32-Valor

0,00

33-Franquia/Co-participação R\$

5123,10

34-Data de Realização

27/11/2012

35-Motivo da Guia

42-Assinatura

36-Telex

37-Código do Procedimento

1-0,0181000030

2-0,0181000030

3-0,0181000030

4-0,0181000030

5-0,0181000030

6-0,0181000030

7-0,0181000030

8-0,0181000030

9-0,0181000030

10-0,0181000030

11-0,0181000030

12-0,0181000030

13-0,0181000030

14-0,0181000030

15-0,0181000030

43-Caixa Previdência Terceiro do Tratamento

13311101120

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

147,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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. Deixo, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma assistida. 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-Consideração

50-Caixa local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante

André Batista Feres

CRP RJ 22644-4

51-Caixa local e Assinatura do Grupo-Dentista

André Batista Feres

CRP RJ 22644-4

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Hadassa Grativol Ribeiro

CRP RJ 22644-4

53-Data local e Carimbo da Empresa