



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NP



2091793
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 2 / 0 2 / 1 2 5

8-Número de Guia Principal
13168171

9-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 6 / 1 1 / 1 2 4

3-Data de Emissão de Guia
0 4 / 1 1 / 1 2 4

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 7 1 6 2 2 0 0 0 1 0 2 1	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
---	--------------------------------------	---	---

13-Nome
HAROLDO SOLIDONIO FILHO

14-Teléfono
(21) 6 8 5 7 1 7 5 6 7

15-Nome do titular do plano
RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS	18-Número no CRO 44764	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 8 9 4 2 0 1 8 7 5 0

22-Nome do Contratado Executante
LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS

23-Número no CRO
44764

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS

27-Número no CRO
44764

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 de Glosa	42-Assinatura
1-0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1 4 4 0 0		0 0 0		31/01/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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, não foram 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista