

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 11/2/11	4-Data de Autorização 11/11/11 11/11/11	5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 783709	7-Data Validade da Semeta 11/5/10 12/12/12
--------------------------	--	--	-----------------------------------	--------------------------------------	---

783709
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010210215142277780010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARGARIDA MARIA AGENOR		14-Teléfono (11) 11111111		15-Nome do titular do plano MARGARIDA MARIA AGENOR
16-Adesão do Contratado Responsável pelo Tratamento 14/07/1962				

17-Adesão a RN N	17-1-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 10157580119772011111	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	

292257 / GLAUBO

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Did	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	10181000101301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	10,00	11,12	11	11/11/11	21	<i>GLAUBO</i>
2-10	10181400001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	10,00	11,17	11	11/11/11	21	<i>GLAUBO</i>
3-10	10181400001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	10,00	11,17	11	11/11/11	21	<i>GLAUBO</i>
4-10	10181400001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	10,00	11,17	11	11/11/11	21	<i>GLAUBO</i>
5-10	10181400001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	10,00	11,17	11	11/11/11	21	<i>GLAUBO</i>
6-1	1		1	1	1	35,00	10,00	11,17	11	11/11/11	21	<i>GLAUBO</i>
7-1	1		1	1	1							
8-1	1		1	1	1							
9-1	1		1	1	1							
10-1	1		1	1	1							
11-1	1		1	1	1							
12-1	1		1	1	1							
13-1	1		1	1	1							
14-1	1		1	1	1							
15-1	1		1	1	1							

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11174,00	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/11 11/11/11	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11 11/11/11
--	--	--	---

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540

Leopoldo Azeiteiro