

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

605038
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/07/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8766329		7-Data Validade da Senha 12/9/10/9/12/11			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020202538862810000010103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FRANCISCO ALVES DOS SANTOS		20/02/1991		14-Telefone (111) 11111111		15-Nome do titular do plano JULIANE RANGEL MARTINS DELFINO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELE CAMARA DE MORAIS		18-Número no CRO 41096		19-UF RJ		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110114822167301111		22-Nome do Contratado Executante DANIELE CAMARA DE MORAIS		23-Número no CRO 41096		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DANIELE CAMARA DE MORAIS		27-Número no CRO 41096		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85/00218			
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 da Classe 42-Assinatura
1-0101851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			10/12/10	f
2-0101851100218		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OVL	1	12,00	0,00			10/12/10	f
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-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/11/11	1- Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial		183,00		0,00		0,00			

Dedaro, 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 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 10/12/10/11/21 DANIELE CAMARA DE MORAIS	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/10/11/21 DANIELE CAMARA DE MORAIS	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/10/11/21 FRANCISCO ALVES DOS SANTOS	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/12/10/11/21 Dr. Daniele C. Morais Cirurgião Dentista CRO-RJ 41096
--	--	--	--