

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



356116
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/1018/12/01	4-Data de Autorização 12/10/1018/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7784288	7-Data Validade do Senha 11/11/11/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020202531293900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome FABIANA SANTOS SILVA		14-Telefone () - - - - -		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome de Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	18-Número no CRO 24111	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1815715160672
22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	23-Número no CRO 24111	24-UF RJ	25-Código CINES (I) 81000421-RPSE	Faturar Empresa Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	27-Número no CRO 24111	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-0	0	18	5300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/11	Fluore
2-0	0	18	5300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/11	Fluore
3-0	0	18	5300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/11	Fluore
4-0	0	18	5300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/11	Fluore
5-0	0	18	5100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	61,00	0,00	0,00	0	11/11/11	Fluore
6-0	0	18	5100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	61,00	0,00	0,00	0	11/11/11	Fluore
7-0	0	18	100421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0	11/11/11	Fluore
8-0	0	0	0										
9-0	0	0	0										
10-0	0	0	0										
11-0	0	0	0										
12-0	0	0	0										
13-0	0	0	0										
14-0	0	0	0										
15-0	0	0	0										
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total RS	48-Total Franquia / Co-participação RS								
01/12/11	1-1	1-Total 2-Parcial	280,00	0,00	0,00								

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/fôram 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 01/12/11 Dr. José Eduardo R. Pereira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/11 Dr. José Eduardo R. Pereira
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/11 Fabiana Santos Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/12/11