



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

407523
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
12/06/01/12/1

6-Número da Guia Principal
8006606

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/01/10/12/0

3-Data de Emissão da Guia
12/08/10/12/0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01012025331377000000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome
TIAGO AMARO DA ROCHA

09/03/1988

14-Telefone
(21) 98518-44263

15-Nome do titular do plano
TIAGO AMARO DA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DENTCLINIC

18-Número no CRO
29605

19-UF
RJ

20-Código CBO S
03

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12768561084

22-Nome do Contratado Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

23-Número no CRO
29605

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO

27-Número no CRO
29605

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Center/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/10/2016	<i>[Assinatura]</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Término do Tratamento 11/11/11	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a 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
30/10/2016, Rio de Janeiro, Clarissa de Souza Neto

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
30/10/2016, Rio de Janeiro, Tiago de Amorim

52-Data, local e Carimbo da Empresa
30/10/2016, Rio de Janeiro, Cirurgião Dentista
CRO RJ 29.605

Rio de Janeiro