

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

451635
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 11/12/11	4-Data de Autorização 11/12/10 11/12/11	5-Serina PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 451635	7-Data Validade da Serina 11/12/10 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202532325480000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/10 11/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome STHEFANI DE SOUZA MONTEIRO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano STHEFANI DE SOUZA MONTEIRO					
16-Atendimento a RN N MEDIC HOME EIRELI					
17-Nome do Profissional Solicitante MEDIC HOME EIRELI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11511212052735					
22-Nome do Contratado Executante LUCAS OLIVEIRA CHAGAS					
26-Nome do Profissional Executante LUCAS OLIVEIRA CHAGAS					
27-Número no CRO 44389					
28-UF RJ					
29-Código CBO S 44389					
20-Código CBO S 10					
24-UF RJ					
25-Código CNES 44389					
28-UF RJ					
29-Código CBO S 44389					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			1	34,00	0,00		11/12/10 11/12/11	ASA
2-	01082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46			1	73,00	0,00		11/12/10 11/12/11	ASA
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento	11/12/11 11/12/11	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	110,00	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 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Lucas Oliveira Chagas	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/12/10 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/10 11/12/11
Cirurgião-Dentista		Administrador	
CRO-RJ: 44389		CRO-RJ: 44389	

Medic Home Eireli-EPP