



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



502363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10 03/12/11	4-Data de Autorização 11/08/10 03/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8398427	7-Data Validade da Senha 11/06/10 16/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102020253530910000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRYEL QUADROS DO NASCIMENTO					
14-Teléfono () 3014138191					
15-Nome do titular do plano RENATO GOMES DO NASCIMENTO					
16-Mendicância a RN LUIZA DIAS DO NASCIMENTO					
17-Nome do Profissional Solicitante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 112624736751					
22-Nome do Contratado Executante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO					
26-Nome do Profissional Executante LUIZA DIAS DO NASCIMENTO					
27-Número no CRO 50076					
28-UF RJ					
29-Código CBO S 50076					
30-Tabela 31-Código do Procedimento EXODONTIA SIMPLES DE					
32-Descrição 75					
33-Dentista/Região 34-Faixa 35-Qtd 36-Quantidade US					
37-Valor 0,00					
38-Franquia/Co-participação RS 0,00					
41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 27/02/12					
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 73,00					
47-Valor Total RS 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação RS					

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), 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Luiza Dias
Cirurgiã-Dentista
CRO/RJ - 50076

Dra. Luiza Dias
Cirurgiã-Dentista
CRO/RJ - 50076

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
27/02/12 Luiza Dias do Nascimento

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
27/02/12 Dr. Renato B. Rodrigues

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/02 Renato B. Rodrigues

53-Data, local e Cartão de Empresa