



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 6/12/11	4-Data de Autorização 11/7/10 6/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8708345	7-Data Validade da Seria 11/5/10 9/12/11
---------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

587371
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00012025381060000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEFFERSON DOS SANTOS DA SILVA				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do Titular do plano JEFFERSON DOS SANTOS DA SILVA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09904672792	22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO
26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	27-Número no CRO 35649
28-UF RJ	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
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-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00018100000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00					
2-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00					
3-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00					
4-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00					
5-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00					
6-00018530000471												
7-00018530000471												
8-00018530000471												
9-00018530000471												
10-00018530000471												
11-00018530000471												
12-00018530000471												
13-00018530000471												
14-00018530000471												
15-00018530000471												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/1/11/11	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Fratura / Co-participação R\$ 1178,00
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	---

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) 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação
Dra. Aldyjanne B. Dietrich

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/10 6/12/11 Dra. Aldyjanne B. Dietrich CRO 35649	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10 6/12/11 Dra. Aldyjanne B. Dietrich CRO 35649	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10 6/12/11 Jefferson dos Santos da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/10 6/12/11 Dra. Aldyjanne B. Dietrich CRO 35649
--	--	--	--