



Exigida para uso

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



447615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/01/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8172418		7-Data Validade da Senha 05/04/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002020253315370000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 00/00/00/00		15-Nome do titular do plano ANA PAULA TEIXEIRA DA SILVA	
13-Nome ANA PAULA TEIXEIRA DA SILVA		14-Telefone () 00 00 00 00 00 00 00 00		16-Data de Nascimento 25/12/1983		17-UF RJ		18-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA LOPES DE SOUZA		22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		23-Número no CRO 49783		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-11	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11047133807165		22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		23-Número no CRO 49783		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-11		26-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		27-Número no CRO 49783		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-UF RJ	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Qtd		36-Quantidade US	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Qtd	
1-0001852020101166		TRATAMENTO ENDODONTICO		11		11		12		581000	
2-0001852020101166		TRATAMENTO ENDODONTICO		21		11		12		581000	
3-0001810004211		RX PERIAPICAL		RIS		11		14		0000	
4-0001810004211						11		14		0000	
5-0001810004211						11		14		0000	
6-0001810004211						11		14		0000	
7-0001810004211						11		14		0000	
8-0001810004211						11		14		0000	
9-0001810004211						11		14		0000	
10-0001810004211						11		14		0000	
11-0001810004211						11		14		0000	
12-0001810004211						11		14		0000	
13-0001810004211						11		14		0000	
14-0001810004211						11		14		0000	
15-0001810004211						11		14		0000	
16-0001810004211						11		14		0000	
17-0001810004211						11		14		0000	
18-0001810004211						11		14		0000	
19-0001810004211						11		14		0000	
20-0001810004211						11		14		0000	
21-0001810004211						11		14		0000	
22-0001810004211						11		14		0000	
23-0001810004211						11		14		0000	
24-0001810004211						11		14		0000	
25-0001810004211						11		14		0000	
26-0001810004211						11		14		0000	
27-0001810004211						11		14		0000	
28-0001810004211						11		14		0000	
29-0001810004211						11		14		0000	
30-0001810004211						11		14		0000	
31-0001810004211						11		14		0000	
32-0001810004211						11		14		0000	
33-0001810004211						11		14		0000	
34-0001810004211						11		14		0000	
35-0001810004211						11		14		0000	
36-0001810004211						11		14		0000	
37-0001810004211						11		14		0000	
38-0001810004211						11		14		0000	
39-0001810004211						11		14		0000	
40-0001810004211						11		14		0000	
41-0001810004211						11		14		0000	
42-0001810004211						11		14		0000	
43-0001810004211						11		14		0000	
44-0001810004211						11		14		0000	
45-0001810004211						11		14		0000	
46-0001810004211						11		14		0000	
47-0001810004211						11		14		0000	
48-0001810004211						11		14		0000	
49-0001810004211						11		14		0000	
50-0001810004211						11		14		0000	
51-0001810004211						11		14		0000	
52-0001810004211						11		14		0000	
53-0001810004211						11		14		0000	
54-0001810004211						11		14		0000	
55-0001810004211						11		14		0000	
56-0001810004211						11		14		0000	
57-0001810004211						11		14		0000	
58-0001810004211						11		14		0000	
59-0001810004211						11		14		0000	
60-0001810004211						11		14		0000	
61-0001810004211						11		14		0000	
62-0001810004211						11		14		0000	
63-0001810004211						11		14		0000	
64-0001810004211						11		14		0000	
65-0001810004211						11		14		0000	
66-0001810004211						11		14		0000	
67-0001810004211						11		14		0000	
68-0001810004211						11		14		0000	
69-0001810004211						11		14		0000	
70-0001810004211						11		14		0000	
71-0001810004211						11		14		0000	
72-0001810004211						11		14		0000	
73-0001810004211						11		14		0000	
74-0001810004211						11		14		0000	
75-0001810004211						11		14		0000	
76-0001810004211						11		14		0000	
77-0001810004211						11		14		0000	
78-0001810004211						11		14		0000	
79-0001810004211						11		14		0000	
80-0001810004211						11		14		0000	
81-0001810004211						11		14		0000	
82-0001810004211						11		14		0000	
83-0001810004211						11		14		0000	
84-0001810004211						11		14		0000	
85-0001810004211						11		14		0000	
86-0001810004211						11		14		0000	
87-0001810004211						11		14		0000	
88-0001810004211						11		14		0000	
89-0001810004211						11		14		0000	
90-0001810004211						11		14		0000	
91-0001810004211						11		14		0000	
92-0001810004211						11		14		0000	
93-0001810004211						11		14		0000	
94-0001810004211						11		14		0000	
95-0001810004211						11		14		0000	
96-0001810004211						11		14		0000	
97-0001810004211						11		14		0000	
98-0001810004211						11		14		0000	
99-0001810004211						11		14		0000	
100-0001810004211						11		14		0000	

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(ram) 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 08/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2011	53-Data, local e Assinatura do Operador 08/10/2011
---	---	---	---

INSC. MUNIC. 0521114-9
RJ 3494
0001-25
ODONTOLIFE