

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



396670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/11/01 2101 4-Data de Autorização 12/21/10 112101 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7961709 7-Data Validade da Senha 1131/0111211

8-Número da Carteira 10102021513117101612010101011014 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 1211/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome IASMIN RODRIGUES DOS SANTOS 14-Telefone 12/04/2004 15-Nome do titular do plano MICHAELLEN RODRIGUES DOS SANTOS

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento) 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 28-UF RJ 29-Código CBO S

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	840000910										
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 721010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2010 53-Data, local e Caimbo da Empresa

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540