

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 15/12/11	4-Data de Autorização 12/09/10 15/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8633188	7-Data Validade da Senha 12/04/10 18/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01012012153618656101010101031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MAGUIL LOPES DE MIRANDA JUNIOR	14-Teléfono () 919171765151	15-Nome do titular do plano IVANETE FIGUEREDO NASCIMENTO
---	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015715180119720111	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010181101010103011		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		34,10	0,00		S	01/06/11		<i>Yvanete</i>
2-01018400101019811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11		35,10	0,00		S	01/06/11		<i>Yvanete</i>
3-01018400101019811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11		35,10	0,00		S	01/06/11		<i>Yvanete</i>
4-01018400101019811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11		35,10	0,00		S	01/06/11		<i>Yvanete</i>
5-01018400101019811		PROFILAXIA: POLIMENTO		11		35,10	0,00		S	01/06/11		<i>Yvanete</i>
6-0101851101019611		RESTAURAÇÃO RESINA	55	0	11	61,10	0,00		S	05/06/11		<i>Yvanete</i>
7-010181101010103011												
8-01018400101019811												
9-01018400101019811												
10-01018400101019811												
11-01018400101019811												
12-01018400101019811												
13-01018400101019811												
14-01018400101019811												
15-01018400101019811												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 235,10	47-Valor Total R\$ 10,10	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) 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/11 <i>Yvanete F. Nogueira</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/11 <i>Yvanete F. Nogueira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 36540