

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

475816
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8295045	7-Data Validade da Senha 11/3/10
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215352156201000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
CLAUDILENE ROCHA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127685610884	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605	28-UF RJ	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

30-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	10108121000875	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73,00	0,00			15/10/12	CLARISSA DE SOUZA NETO
2	10108121000875	EXODONTIA SIMPLES DE	25		1	73,00	0,00			15/10/12	CLARISSA DE SOUZA NETO
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 15/10/12 12 CLARISSA DE SOUZA NETO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/12 12 CLARISSA DE SOUZA NETO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/12 12 CLARISSA DE SOUZA NETO
---	---	---

53-Data, local e Contato da Empresa
15/10/12 12 Rodolfo Junior

54-Data, local e Contato da Empresa
15/10/12 12 Rodolfo Junior

55-Data, local e Contato da Empresa
15/10/12 12 Rodolfo Junior