

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



327757
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2/2/06/2/0		4-Data de Autorização 2/2/07/2/0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7649181		7-Data Validade da Senha 2/0/09/2/0	
8-Número da Carteira 002025253320000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde INTERCAMBIO			
13-Nome JANILENE TATIANE BEZERRA DA SILVA											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano JANILENE TATIANE BEZERRA DA SILVA											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL											
18-Número no CRO 40848											
19-UF RJ											
20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX											
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 10256583706											
22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL											
23-Número no CRO 40848											
24-UF RJ											
25-Código CNIES (I) 85100216 (II) 85100216 (I) 85100216											
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL											
27-Número no CRO 40848											
28-UF RJ											
29-Código CEO S (I) 85100216 (II) 85100216											
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											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme agenda apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e pagar, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
366,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
2006/02/02

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
2006/02/02

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
2006/02/02

53-Data, local e Carimbo da Empresa
2006/02/02

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
2006/02/02