

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

379652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/11/09	4-Data de Autorização 12/31/09	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7888398	7-Data Validade da Senha 12/01/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025317694000010103	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 MARCOS LEVI TEIXEIRA DA COSTA	19/03/1978	14-Telefone (012) 91751-7154153	15-Nome do titular do plano KELLY GOULART ALVES	

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 CEO S 03	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12761856110884	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 CEO 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
1-01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00			11/11/11	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 12/11/09, Rio de Janeiro, Cláudia Sub	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09, Rio de Janeiro, Cláudia Sub	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/09, Rio de Janeiro, Kelly Goulart Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/09, Rio de Janeiro, Cirurgia Dentista
--	--	--	--