



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º N°



390632
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
04/10/11/12/11

6-Número da Guia Principal
79383336

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/15/11/10/12/10

3-Data de Emissão da Guia
10/6/11/10/12/10

1-Registro ANS
406414

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
THUANE FREITAS PORTELA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
THUANE FREITAS PORTELA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

18-Número no CRO
27455

19-UF
RJ

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
107115024370311

22-Nome do Contratado Executante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

23-Número no CRO
27455

24-UF
RJ

25-Código CINES

26-Nome do Profissional Executante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

27-Número no CRO
27455

28-UF
RJ

29-Código CBO S

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

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-	10018110000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,10,0	0		10/11/11	20
2-	00181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,10,0	0		10/11/11	20
3-	00181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,10,0	0		10/11/11	20
4-	00181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,10,0	0		10/11/11	20
5-	00181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,10,0	0		10/11/11	20
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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
178,10,0

47-Valor Total R\$
10,10,0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,10,0

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. Dedaro, 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
10/11/11, 11/11/11, 11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/11, 11/11/11, 11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
10/11/11, 11/11/11, 11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa