



Digitized by

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012		4-Data de Autorização 22/11/2012		5-Seraria AUTORIZADO	
Dados do Beneficiário							
6-Número da Carteira 00201253210290000101		7-Número da Guia Principal 7949030		8-Piano POS REDE PRESTADORA		9-Piano DENTAL UNI COOPERATIVA	
10-Empresa ( )		11-Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 07/01/211			
Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento							
13-Nome RICARDO JOSE DA CONCEICAO		14-Endereço JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		15-Telefone ( )		16-Nome do Profissional Solicitante RICARDO JOSE DA CONCEICAO	
Dados do Operador / CPF 815751606721							
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Consultado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA							
23-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA							
Plano de Tratamento / Prócedimentos Solicitados							
30-1-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região	
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		HASD		34-Face	
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		HASE		35-Qtd	
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		HAIE		36-Quantidade US	
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		HAID		37-Valor	
5-						38-Franquia/Ccp-participação RS	
6-						39-Ant	
7-						40-Data da Realização	
8-						41-Motivo da Glosa -22-Assinatura	
9-						<i>(Assinatura)</i>	
10						42-Validade da Guia	
11						07/11/11	
12						43-Data Prazo Término do Tratamento <i>23/11/2012</i>	
13						44-Tipo de Atenção	
14						1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
15						45-Tipo de Faturamento	
						1-Total 2-Parcial	
						46-Total Franquia US 14400	
						47-Valor Total R\$ 0000	
						48-Total Franquia Co-participação RS 0000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme facina apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a acatar as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que realizei, comprometendo-me a acatar as orientações de acima, e por mim assinado(s), fôr/foram realizado(s), com meu consentimento e de forma satisfeita. 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 acatar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observations

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	22/11/2011	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	22/11/2011
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	22/11/2011	57-Data, local e Caminho da Empresa	22/11/2011
 Dr. José Eduardo R. Ferreira Cirurgião-dentista CRCD 24.111 RJ - CB 24.111		 Dr. José Eduardo R. Ferreira Cirurgião-dentista CRCD 24.111 RJ - CB 24.111	