



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



551863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 14/10/2011
 4-Data de Autorização 10/11/06/2011
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8588917
 7-Data Validade da Senha 12/10/8/2011

8-Número da Carteira 1012025372515000010101021
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAURA LUCIA DA SILVA ALVES
 14-Teléfono 99153118751
 15-Nome do titular do plano SERGIO RICARDO PINTO PEREIRA

16-Atendimento a RN N
 17-Atendimento a RN LEONARDO GARCIA DE SOUZA
 18-Número no CRO 38540 RJ
 19-UF RJ
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100218

21-Código na Operadora / CNUJ/ CPF 1057580119720111
 22-Nome do Contratado/ Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA
 23-Número no CRO 38540 RJ
 24-UF RJ
 25-Código CNES 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA
 27-Número no CRO 38540 RJ
 28-UF RJ
 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental/Região	34- Faixa	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-	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA	12	VPM	1	34,00	0,00	0,00	05/06/11			Maura
2-	010	RESTAURAÇÃO RESINA	HASE	1	22,00	0,00	0,00	0,00	05/06/11			Maura
3-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	16,00	0,00	0,00	0,00	05/06/11			Maura
4-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	16,00	0,00	0,00	0,00	05/06/11			Maura
5-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	16,00	0,00	0,00	0,00	05/06/11			Maura
6-	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID	1	16,00	0,00	0,00	0,00	05/06/11			Maura
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial
 46-Totál Quantidade US 300,00
 47-Valor Totál R\$ 0,00
 48-Totál Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/06/11/2011
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/06/11/2011
 53-Data, local e Cambio de Empresa

Leonor Garcia
 Cirurgião - Dentista
 CRO-RJ 38540
Maura
 Maura Alves

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