

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

378294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/09/2011		4-Data de Autorização 12/11/09/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7884794		7-Data Validade da Senha 17/11/12/12/01	
8-Número da Carteira 00202532147700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Contrato Nacional de Saúde		13-Nome PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA	
14-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		18-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade do plano PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1818575160672		23-Nome do Contratado Execulante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Execulante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111	
28-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		29-UF RJ		30-Código CBO S 24111		31-Faturar Empresa					
32-Descrição 31-Código do Procedimento		33-Dente-Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor	
1-000854100076 COROA PROVISÓRIA COM PINO		21								38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	
2-1										39-Aut 40-Data de Realização 24/10/11	
3-1										41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
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 Provisão Término do Tratamento 24/10/11		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 154,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	

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.

50-Diã, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. José Eduardo R. Pereira		51-Diã, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente Dr. José Eduardo R. Pereira	
52-Diã, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Patricia Silva		53-Diã, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista RJ - CD 24.111	