



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



499139
INTERCÂMBIO

112 (Qualquer para 02 e 03)

1-Registro AINS
4064/14

3-Data de Emissão da Guia
11/05/2012

4-Data de Autorização
20/03/2012

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8386631

7-Data Validade da Sentença
13/06/2012

8-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/05/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DENIZE FIRMINO DOS SANTOS

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
DENIZE FIRMINO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITERÓI

17-Nome do Profissional Solicitante
KELLY DE SOUZA ABREU

18-Número no CRO
27786

19-UF
RJ

20-Código CBO S
06

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
00.019.049.726-07

22-Nome do Contratado Executante
KELLY DE SOUZA ABREU

23-Número no CRO
27786

24-UF
RJ

25-Nome do Profissional Executante
KELLY DE SOUZA ABREU

26-Número no CRO
27786

27-UF
RJ

28-Código CBO S
06

29-Código CNES

30-Franchisa/Co-participação R\$

31-Aut. 40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61,00	0,00			20/03/2012		
2-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	M	1	61,00	0,00			20/03/2012		
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 Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franchisa / 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 (s) procedimento(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

3660

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data Local e Assinatura da Empresa

54-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente

55-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente

56-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente

57-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

CRO-RJ 27786

Visconde do Rio Branco, 301 Aptº 02Mx
Centro - Niterói - RJ
Tel. 7711-6743