

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Região: ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia: 06/10/2013 4-Data de Autorização: 14/10/2013 5-Serviço: AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal: 11087568 7-Data Validade de Sanha: 05/10/2013 140581 INTERCÂMBIO

Dados de Beneficiário

8-Nome do Beneficiário: 00202556352900000011011 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira: 12-Número da Carteira Nacional de Saúde:

13-Nome:

BEATRIZ SILVA LACERDA ALMEIDA 01/04/2000 14-Telefone: 15-Nome do Titular do plano: BEATRIZ SILVA LACERDA ALMEIDA

Dados de Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: 17-Nome do Profissional Solicitante: SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA 8-Número no CRO: 42650 19-UF: RJ 20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8510218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE: 13502811360001914 22-Nome do Contratado Excepcional: CLINICA ODONTOLÓGICA LIVE SMILE EIRELI 23-Número no CRO: 42650 24-UF: RJ 25-Código CMES: C112283 26-Nome do Profissional Excepcional: SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA 27-Número no CRO: 42650 28-UF: RJ 29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regiões	34-Faixa	35-Cód	36-Código Unid. US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
6-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOV	1	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
7-0	0	8 5 3 0 0 2 4 7	RAS?AGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
8-0	0	8 5 3 0 0 2 4 7	RAS?AGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
9-0	0	8 5 3 0 0 2 4 7	RAS?AGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
10-0	0	8 5 3 0 0 2 4 7	RAS?AGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	Beatriz
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Fraturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia/Co-participação R\$					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, deixo autorizar 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de minha satisfação. 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

Dr.ª Sheila C. M. C. Souza
CRO-RJ 42650

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/10/2013 Beatriz 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/10/2013 Beatriz 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 14/10/2013 Beatriz 53-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 14/10/2013 Beatriz

Dr.ª Sheila C. M. C. Souza
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 42650