



Resolução para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Randoude OK

24h



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/7/10 15/12/14	4-Data de Autorização 12/7/10 15/12/14	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12531882	7-Data Validade da Santa 12/5/10 8/12/14
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

1897162
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1010202152979870000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/5/10 15/12/14
--------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome CLAUDENIR BARBOSA
---------------------------------------	------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12311521138101011011	22-Nome do Contratado Executante IRMAOS NETO CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA
---	---

18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03
---------------------------	-------------	-----------------------

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1	100182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	1731010	0,00	5104071214				
2											
3											
4											
5											
6											
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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 731010
---	----------------------------------

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/17/17 M. Cláudia Netto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/17/17 M. Cláudia Netto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Claudimir Barbosa	53-Data, local e Carimbo de Empresa 02/10/17/17 M. R\$
---	---	--	---

Dra. Clarissa Netto
CRO: 29.605
Cirurgia Dentista