

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 01/12/10 4-Data de Autorização 11/05/11 01/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7942297 7-Data Validade da Senha 10/05/11 01/12/11

391956  
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010201201531706201010101014 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/04/2004 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Name IASMIN RODRIGUES DOS SANTOS 14-Telefone 15-Nome do titular do Plano MICAIELLEN RODRIGUES DOS SANTOS

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05758019720 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 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-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura                                                                       |
| 1-                                                                               | 010                       | 81000030     |                 |         | 1      | 3400             | 000      |                                 | S      | 09/11/20              |                    |  |
| 2-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 3-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 4-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 5-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 6-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 7-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 8-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 9-                                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 10-                                                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 11-                                                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 12-                                                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 13-                                                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 14-                                                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 15-                                                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 43-Data Previsão 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                                                           |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 3400                                                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 47-Valor Total R\$                                                               |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 000                                                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                     |
| 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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/11 200 Leonardo Garcia 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/11 200 Adiane 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11 200 53-Data, local e Endereço da Empresa

Dr. Leonardo Garcia  
Cirurgião - Dentista  
CRO-RJ 38540