

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/08	4-Data de Autorização 12/10/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8931828	7-Data Validade da Senha 10/11/12	658115 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202025407632000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome RAFAELA VITORIA SILVA AMORIM ATHAYDE	14-Telefone	15-Nome do titular do plano RAFAELA VITORIA SILVA AMORIM ATHAYDE	16-Data Validade da Carteira	17-Nome do Profissional Solicitante ORTOTAL	18-Número no CRO 32824	19-UF RJ
20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0918140615722	22-Nome do Contratado Executante MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA	23-Número no CRO 32824	24-UF RJ	25-Código CNES	26-UF RJ
27-Número no CRO 32824	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-UF RJ	31-Código CBO S	32-UF RJ	33-UF RJ
Dados do Profissional Executante						
MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA						
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
1-0101820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	1	7300	0,00	0,00	0,00	08/12/11	1-Refusado	
2-0101820000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	1	7300	0,00	0,00	0,00	08/12/11	1-Refusado	
3-0101820000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	1	7300	0,00	0,00	0,00	08/12/11	1-Refusado	
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 12/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/11
---	---	---	---

Odontolife
CNPJ: 40.550.996/0001-23
Av. Dr. Amadeu Negreiros 245
Centro - São João de Meriti