

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

409524
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/09/01/1/2/1

6-Número da Guia Principal
8015023

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/04/11/1/12/01

3-Data de Emissão da Guia
13/11/10/1/2/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0102021533201130000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
CLAKSON PIMENTA FERREIRA

14-Telefone
25/03/1988

15-Nome do titular do plano
CLAKSON PIMENTA FERREIRA

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

17-Data de Realização
24111

18-Número no CRO
24111

24-UF
RJ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
18151715116067211

22-Nome do Contratado Executante
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

23-Número no CRO
24111

25-Código CNES
24111

26-Nome do Profissional Executante
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

27-Número no CRO
24111

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 de Glosa 42-Assinatura
1-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	316100	01010	01010	01010	01010	01010	01010
2-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	316100	01010	01010	01010	01010	01010	01010
3-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	316100	01010	01010	01010	01010	01010	01010
4-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	316100	01010	01010	01010	01010	01010	01010
5-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-01018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsão Término do Tratamento
04/11/11

44-Tipo de Alendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faluramento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
144100

47-Valor Total R\$
144100

48-Total Franquia / Co-participação R\$
144100

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 04/11/11 RJ - CD 24.111	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/11 RJ - CD 24.111	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/11 RJ - CD 24.111	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/11/11 RJ - CD 24.111
--	--	--	---