

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/11/02
4-Data de Autorização 14/10/2012
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Própria 9575747
7-Data Validade de Sessão 12/10/15

873765
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202544897500001010101
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade de Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCIA CRISTINA NICOLAU TRINDADE
26/07/1969
14-Telefone () - - - - -
15-Nome do titular do plano MARCIA CRISTINA NICOLAU TRINDADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N
17-Nome do Profissional Suficiente SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS
18-Número no CRO 37075
19-UF RJ
20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1121214897972131
22-Nome do Contratado Executante GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA
23-Número no CRO 37075
24-UF RJ
25-Código CBO S 025 -
26-Nome do Profissional Executante GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA
27-Número no CRO 37075
28-UF RJ
29-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Right	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	0181000294	LEVANTAMENTO			1	222,00		0,00		11/10/12		156,30
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência Emergência
45-Tipo da Faturamento 1-Totál 2-Parcial
46-Totál Quantidade US 1222,00
47-Valor Total R\$ 156,30
48-Totál 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 obrigações 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 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 11/11/11
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/12
53-Data, local e Cuidado da Empresa

(Assinatura)

Marcia Trindade

Nicolau Trindade

maria cristina nicolau lins dale

Soluto:

Radiografias panorâmicas completas para fins
periodontais.

pro 11/02/22

Dr. Luiza Prata Cunha
Periodontia
CRO-RJ 45.471