

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**



2ANº

**388392**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 10/12/11		4-Data de Autorização 10/12/11 10/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7927819		7-Data Validade da Guia 31/12/12 01/01/13		8-Valor da Guia 388392	
Dados do Beneficiário													
9-Número da Carteira 010202153232128001010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome PAULO CESAR FERREIRA CARVALHO JUNIOR													
14-Telefone ( ) - - - - -													
15-Nome do titular do plano PAULO CESAR FERREIRA CARVALHO JUNIOR													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		18-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade da Carteira					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181517151160167211		22-Nome do Contratado Execuinte JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Número no CRO 24111		24-UF RJ		25-Código CNES 24111					
26-Nome do Profissional Execuinte JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200166-33					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-101018151210101161				TRATAMENTO ENDODONTICO		33		1		1		251810101	
2-1													
3-1													
4-1													
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/12		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-Tipo de Faturamento 1-1		46-Tipo de Emergência		47-Valor Total R\$ 2581010		48-Valor Total R\$ 2581010		49-Valor Total R\$ 2581010	

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 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 previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 previstos em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/12 RJ - CD 24.11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/12 RJ - CD 24.11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/12 RJ - CD 24.11	
---	--	---	--	---	--