

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



430934
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/2101	4-Data de Autorização 10/21/11 21/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8103258	7-Data Validade da Senha 12/81/0121/211
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012012153313770001010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CELIA AMARO DA COSTA	15/09/1966	14-Telefone (21) 9.855.94.41263	15-Nome do titular do plano TIAGO AMARO DA ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127685610884	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO
26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605
18-Número no CRO 29605	19-UF RJ
23-Número no CRO 29605	24-UF RJ
25-Código CNES	25-Código CNES
28-UF RJ	29-Código CBO S

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	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	10,00		10/12/20		
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-Citodentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 10/12/11 11/12/10 Cláudia Amaro da Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/11 11/12/10 Cláudia Amaro da Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/11 11/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/11 11/12/10 Rodolfo
---	---	--	--

Cláudia Amaro da Costa

Carimbo da Empresa
CRO 29605