

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

406414
3-Data de Emissão da Guia
10/09/2012 12:11
4-Data de Autorização
11/11/2012 12:11
5-Senha
AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal
8284285
7-Data Validade da Guia
11/10/2015 12:11
873462
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202025325262000010101
9-Plano
POS REDE PRESTADORA
10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome
CLAUDILENE ROCHA SANTOS
14-Telefone
(121) 99245-9737
15-Nome do titular do plano
CLAUDILENE ROCHA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
DENTCLINIC
18-Número no CRO
29605
19-UF
RJ
20-Código CBO S
03
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
127685610884
22-Nome do Contratado Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO
23-Número no CRO
29605
24-UF
RJ
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante
CLARISSA DE SOUZA NETO
27-Número no CRO
29605
28-UF
RJ
29-Código CBO S
Faturar Empresa
025 -

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-Moivo da Glosa 42-Assinatura
1-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/10/2012	Clau
2-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/10/2012	Clau
3-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/10/2012	Clau
4-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/10/2012	Clau
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
11/11/11
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US
114400
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 Solicitante
11/11/2012 12:11 Clau de Souza Neto
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/2012 12:11 Clau de Souza Neto
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2012 12:11 Clau de Souza Neto
53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/2012 12:11 Rio de Janeiro

Clau de Souza Neto 12 5 mil