

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

662470
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/11/11 11/12/11

6-Número da Guia Principal
8944166

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/16/10 18/12/11

3-Data de Emissão da Guia
11/16/10 18/12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202025409274000000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/12/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JORGE BRITO DE OLIVEIRA JUNIOR

10/05/1998

14-Telefone
(11) 3121 596041-6153301

15-Nome do titular do plano
JORGE BRITO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KAIO AZEDO LEITE

22-Nome do Contratado Executante
KAIO AZEDO LEITE

18-Número no CRO
4602

19-UF
AM

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
000118121212511

23-Número no CRO
4602

24-UF
AM

25-Código CINES

26-UF
AM

27-Número no CRO
4602

28-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
KAIO AZEDO LEITE

33-Quantidade US
34-Face
35-Cid
36-Fratura/Co-participação R\$

37-Valor

38-Fratura/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
1-0001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34	00	00	00	11/16/10	18/12/11	X 300x
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36	00	00	00	11/16/10	18/12/11	X 300x
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36	00	00	00	11/16/10	18/12/11	X 300x
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36	00	00	00	11/16/10	18/12/11	X 300x
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36	00	00	00	11/16/10	18/12/11	X 300x
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Término do Tratamento
11/16/10 18/12/11

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1178000

47-Valor Total R\$
1178000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1178000

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 de Cirurgião-Dentista
11/16/10 18/12/11 Cirurgião-Dentista
CRO AM 4602

51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
11/16/10 18/12/11 Cirurgião-Dentista
CRO AM 4602

52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável
11/16/10 18/12/11 Jorge Brito

53-Data, local e Caimbo da Empresa
11/11/11 11/12/11