

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

467326
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/02/2012		4-Data de Autorização 03/02/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8257168		7-Data Validade da Senha 03/05/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202025348483000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome SIDNEY GOMES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
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 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181517151161672		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Número no CRO 24111		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111		28-UF RJ		29-Código CBO S					
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-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	018151300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		10/03/2012	
2-0	018151300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		10/03/2012	
3-0	018151300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		10/03/2012	
4-0	018151300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		10/03/2012	
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/02/2012		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 144,00		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	
<p>50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/2012, São Paulo, SP Dr. Jose Eduardo Rocha Pereira</p> <p>51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 03/02/2012, São Paulo, SP Dr. Jose Eduardo Rocha Pereira</p> <p>52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/02/2012, São Paulo, SP Sr. Sidney Gomes</p>	