



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



335711
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/12	4-Data de Autorização 14/07/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689390	7-Data Validade da Senha 05/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202530573400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira / /		14-Telefone () / /	
13-Nome DAVI ROCHA DE SOUZA		10/10/1986		15-Nome do titular do plano DAVI ROCHA DE SOUZA		20-Código CBO S 025 -	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 45407		19-UF RJ		25-Código CNES RJ		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA		23-Número no CRO 45407		24-UF RJ		29-Código CBO S RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0903582776		22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA		27-Número no CRO 45407		28-UF RJ			
26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA									

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-	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16/07/12	no
2-	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16/07/12	no
3-	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16/07/12	no
4-	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16/07/12	no
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 140,00	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 no 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 16/07/12, Juiz de Fora, Juiz de Fora		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/12, Juiz de Fora, Juiz de Fora		52-Data, local e Carimbo da Empresa 16/07/12, Juiz de Fora, Juiz de Fora		53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/07/12, Juiz de Fora, Juiz de Fora	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

July Anne Mendonça da Silva
Cirurgiã Dentista
CRM 45407