



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



392891
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/08/10	4- Data de Autorização 11/06/10	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7946266	7- Data Validade da Sentença 10/06/10
---------------------------	--	------------------------------------	---------------------------	--	--

392891
INTERCÂMBIO

8- Número de Carteira 10/02/02	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/06/10	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---	--

13- Nome CARMOSINA DE MORAES BACCCELLIERI	14- Telefone ()	15- Nome do Titular do plano CARMOSINA DE MORAES BACCCELLIERI
--	---------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante JOSUE CALEBE NOGUEIRA	18- Número no CRO 33898	19- UF RJ	20- Código CBO S 025 -
---------------------------	---	----------------------------	--------------	---------------------------

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1750538297721	22- Nome do Contratado - Executante JOSUE CALEBE NOGUEIRA	23- Número no CRO 33898	24- UF RJ	25- Código CNES Faturar Empresa
---	--	----------------------------	--------------	------------------------------------

26- Nome do Profissional Executante JOSUE CALEBE NOGUEIRA	27- Número no CRO 33898	28- UF RJ	29- Código CBO S
--	----------------------------	--------------	------------------

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0	0	8	5	2	0	0	2	6			
		PREPARO NUCLEO	34		1	4	6	0	0			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
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) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

19- Observações

50- Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista - Paciente 15/09/10	51- Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista - Operadora 30/10/10	52- Data e Assinatura do Beneficiário - Responsável 30/10/10	53- Data e Assinatura da Empresa 30/10/10
--	---	---	--

Cirurgião Dentista