

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



441353
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
15/11/2012

4-Data de Autorização
12/11/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8147927

7-Data Validade da Senha
15/11/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025350270000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSIMARA DA SILVA IGNACIO

15/12/1988

15-Nome do titular do plano
JOSIMARA DA SILVA IGNACIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

18-UF
RJ

19-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
102057710769
22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

23-Número no CRO
20497

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA CARDOSO PEREIRA

27-Número no CRO
20497

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-Clín	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 3 0 0 0 4 7										
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,00	0,00					Josimar da Silva Ignácio
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6,00	0,00					Josimar da Silva Ignácio
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,00	0,00					Josimar da Silva Ignácio
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6,00	0,00					Josimar da Silva Ignácio
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,00	0,00					Josimar da Silva Ignácio
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6,00	0,00					Josimar da Silva Ignácio
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,00	0,00					Josimar da Silva Ignácio
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Alendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	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/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 Consultor-Dentista Solicitante
05/11/2012, Curitiba - PR, Dr. Josimar da Silva Ignácio
51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista
05/11/2012, Curitiba - PR, Dr. Josimar da Silva Ignácio
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/11/2012, Curitiba - PR, Josimar da Silva Ignácio
53-Data, local e Carimbo da Empresa
[Carimbo]