

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



377140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/10 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879457	7-Data Validade da Senha 11/06/11 12/12/01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020531769400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome KELLY GOULART ALVES	14-Telefone (011) 91755-135452	15-Nome do titular do plano KELLY GOULART ALVES
--------------------------------	-----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CRO S 03	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12768156110884	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605	28-UF RJ	29-Código CRO 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 Glasa 42-Assinatura
1-00108110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1				3400	0,00			11/01/11	2
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento US 13400	47-Valor Total R\$ 13400	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 13400
--	--	---	------------------------------------	-----------------------------	--

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 Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10 9/12/10 Clarissa Neto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/11/10 9/12/10 Kelly Goulart Alves	52-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/10 9/12/10
---	---	---

Rua de Janeiro 1

Dr. Clarissa Neto
Cirurgião Dentista
CRO RJ 29.605