

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2<sup>ª</sup>ª



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012 4-Data de Autorização 12/04/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9101439 7-Data Validade da Santa 12/31/2012 717373 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202539742900000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/31/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VICTOR CARVALHO DAS NEVES 01/05/2012 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PALOMA CARVALHO DE MELO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105758019720 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 28-UF RJ 29-Código CBO S

| 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-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa/Assinatura |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------------|
| 1-0                                    | 0184000112                                                                     | APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ |                        | 1                  |                                         | 76,00            | 0,00     |                                 |        | 27/09/2012            | 12                            |
| 2-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 3-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 4-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 5-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 6-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 7-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 8-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 9-                                     |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 10-                                    |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 11-                                    |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 12-                                    |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 13-                                    |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 14-                                    |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 15-                                    |                                                                                |                            |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                               |
| 43-Data Previsão 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\$ |                  |          |                                 |        |                       |                               |
|                                        | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoquia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial          | 76,00                  | 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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa