

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



435551
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 10/7/11 2/12/10 4- Data de Autenticação 11/01/11 2/12/10 5- Senha AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 8121560 7- Data Validade da Senha 10/7/10 3/12/11

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 10102025331377000001010101 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome TIAGO AMARO DA ROCHA 14- Telefone 1121985814-112612 15- Nome do titular do plano TIAGO AMARO DA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Alinhamento a RN N 17- Nome e do Profissional Solicitante DENTCLINIC 18- Número no CRO 29605 19- UF RJ 20- Código CBO S 03 21- Código na Operadora / CNPJ / C- F 22- Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO 23- Número no CRO 29605 24- UF RJ 25- Código CINES 26- Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO 27- Número no CRO 29605 28- UF RJ 29- Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

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 Gressa	42-Assinatura
1- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47 M	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	5140,12/20	202	202				
2- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1 4 1 0 0	0 0 0 0	5110,12/20	202	202				
3- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
4- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
5- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
6- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
7- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
8- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
9- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
10- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
11- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
12- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
13- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
14- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
15- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1												
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												
75,10,10												
47-Valor Total R\$												
10,10,10												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. Deixo, ainda que (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.

Assinaturas

50- Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 10/11/2011 Cláudio Henrique Silva 51- Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 10/11/2011 Cláudio Henrique Silva 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011 Tiago Amaro da Rocha 53- Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2011 RS. 54- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/11/2011 Cláudio Henrique Silva Cirurgião Dentista CRO RJ 29.605