

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10	4-Data de Autorização 11/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8280085	7-Data Validade da Guia 10/09/15
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

472592
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02	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 SILVIA REGINA FONTES XAVIER BOTELHO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SILVIA REGINA FONTES XAVIER BOTELHO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0575801197201		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES Envia - RX (1) 81000421-RPSE
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	42-Assinatura
1-	0	0	8	1	0	0	4	2	1			
		RX PERIAPICAL										
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
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-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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(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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/21/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/21/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

Leandro Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540

Silvia Regina Fontes Xavier Botelho
CRO-RJ 38540