

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 2-1/2/10 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 8112170 6-Número da Guia Principal 8112170 7-Data Validade da Senha 10/12/11 03/12/11

8-Número da Carteira 10020212538689000000102 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 GABRIEL SOUZA GOMES RIBEIRO 14-Telefone (11) 21/12/2009 15-Nome do titular do plano CRISTIANE SOUZA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10903582776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 18-Número no CRO 45407 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 27-Número no CRO 45407 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-Qtd	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	8100065			1	34,00	0,00			08/12/20		XQ
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Tratamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1-1/1/1/1/1/1	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	0,00	0,00	0,00							

Decido, 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 no 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 08/12/2009 *Juliana* 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/2009 *Juliana* 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/2009 *+* 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/2009 *Juliana Mendonça da Silva* Cirurgião Dentista CRO 45407