



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º




436669
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Sentença AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8126678	7-Data Validade da Sentença 08/10/13
---------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---

8-Dados do Beneficiário		9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
10-Número da Carteira 0020253386890000101					
13-Nome CRISTIANE SOUZA DE LIMA		14-Telefone 17061977		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		18-Número no CRO 45407	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09035882776		22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA		23-Número no CRO 45407	24-UF RJ
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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	0,00	0,00		08/12/2012		
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-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência								
		1-Tratamento Odontológico										

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 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 08/11/2012 Mendonça da Silva	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Mendonça da Silva	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012 Cristiane Souza de Lima	53-Data local e Carimbo da Empresa 08/11/2012 Cirurgia Dentária CRO 45407
---	---	---	---

July Anne Mendonça da Silva

Cirurgia Dentária
CRO 45407