

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

433057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/12 4-Data de Autorização 11/12/12 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 8112202 6-Número da Guia Principal 8112202 7-Data Validade da Senha 10/12/13 8-Data Validade da Senha 11/12/11

8-Número da Carteira 000202533868900000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JONATHAN LUIZ LIMA MOURA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano CRISTIANE SOUZA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 03/06/2003 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA 18-Número no CRO 45407 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 -

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 090315812776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA 23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA 27-Número no CRO 45407 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	81000065										
2	100	85300047										
3	100	85300047										
4	000	85300047										
5	100	85300047										
6	100	85300047										
7	100	85300047										
8	100	85300047										
9	100	85300047										
10	100	85300047										
11	100	85300047										
12	100	85300047										
13	100	85300047										
14	100	85300047										
15	100	85300047										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/12 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 0,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 08/12/12 53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/12/12

Juliana Mendes de Souza
Mendona da Silva
Cirurgião Dentista
CRO/45407