



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

615928
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Sentença AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8801120	7-Data Validade da Sentença 10/11/2011
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---

8-Número do Beneficiário 0020253698980000101		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 CAMILA FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAMILA FERREIRA DA SILVA		
-------------------------------------	--	------------------------------	---	--	--

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA LUCIA FERNANDES TAVARES		18-Número no CRO 20888	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01891244744		22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA LUCIA FERNANDES TAVARES		23-Número no CRO 20888	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85400558-37
--	--	---	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA LUCIA FERNANDES TAVARES		27-Número no CRO 20888	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-	
---	--	---------------------------	-------------	-----------------	---------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Glusa 42-Assinatura
1-0	0185400516	RESTAURAÇÃO METÁLICA	37	1	1	14,47	2,100	0,100	16/10/2011	16/10/2011	16/10/2011
2-1	0181000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	4,20	14,00	0,100	16/10/2011	16/10/2011	16/10/2011
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 10,100	47-Valor Total R\$ 141,380	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,100
--	-------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------	--

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), 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 16/10/2011, Alcantara	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2011, Claudia Lucia Fernandes Tavares	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2011, Camila Ferreira da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---