

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 11/21	4-Data de Autorização 12/7/10 11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238351	7-Data Validade da Sentença 12/7/10 14/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

462945
INTERCÂMBIO

8-União da Carteira 010120125121732700001011011	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 LAINE REIS DE MOURA		14-Data de Tratamento Responsável pelo Tratamento 08/06/1991		15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Nome do titular do plano LAINE REIS DE MOURA
--------------------------------	--	---	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11271232547471

22-Nome do Contratado Executante
AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES

26-Nome do Profissional Executante
AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES

27-Número no CRO
45822

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Franquia/Co-participação R\$

39-Ano
10

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clif	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018110000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		134,00	0,00				
2-01018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00				
3-01018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00				
4-01018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00				
5-01018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	THASD	1		36,00	0,00				
6-01018530000471											
7-01018530000471											
8-01018530000471											
9-01018530000471											
10-01018530000471											
11-01018530000471											
12-01018530000471											
13-01018530000471											
14-01018530000471											
15-01018530000471											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/7/10 11/21	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 12/7/10 11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/7/10 11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/10 11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/7/10 11/21
--	--	--	--

Dra. Amanda Luna
Cirurgiã Dentista
CRO RJ - CD 45822