



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

615928
INTERCÂMBIO

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

8-Número da Carteira 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) 85400556-37
--	---	---------------------------	-------------	---

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

30-Tabella	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
1-00185400516		RESTAURAÇÃO METÁLICA	37	1	1	14,47	0,00	0,00		16/10/2011	
2-00181000421		RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	4,20	0,00	0,00		16/10/2011	
3-00181000421											
4-00181000421											
5-00181000421											
6-00181000421											
7-00181000421											
8-00181000421											
9-00181000421											
10-00181000421											
11-00181000421											
12-00181000421											
13-00181000421											
14-00181000421											
15-00181000421											

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/2011	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\$ 141,38	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	------------------------------	---

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), folio(s) 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, RJ, CAMILIA FERREIRA DA SILVA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2011, RJ, CAMILIA FERREIRA DA SILVA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2011, RJ, CAMILIA FERREIRA DA SILVA
--	--	--