

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

432634
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
10/2/10 13/12/11

6-Número da Guia Principal
8110156

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
04/11/2012

3-Data de Emissão da Guia
02/11/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253382190000101

5-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
PRISCILA DA SILVA CARVALHO

29/12/1981

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
PRISCILA DA SILVA CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

18-Número no CRO
24111

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(F) 4081-21

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
18151751610672

22-Nome do Contratado Execlutante
JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

23-Número no CRO
24111

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Execlutante

JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA

27-Número no CRO
24111

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura
1-0	014081	NUCLEO METALICO BIPARTIDO	21		1	360,00	0,00	0,00		16/12/12	
2-0	018540084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	21		1	154,00	0,00	0,00		16/12/12	
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/12/12	44-Tipo de Atendimento 1	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 514,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	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), 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 - Enviar na produção rx inicial e final do núcleo e foto da provisória instalada.	Dr. José Eduardo R. Pereira Cirurgião Dentista	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/12/12 - José Eduardo R. Pereira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/12 - José Eduardo R. Pereira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/12 - Priscila da Silva Carvalho	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/12 - DENTAL UNI COOPERATIVA
--	---	---	---	--	--