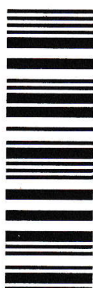




100% Qualidade para a vida sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



601738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2011	4-Data de Autorização 05/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8755612	7-Data Validade da Senha 12/7/2019							
Dados do Beneficiário			8-Data Validade da Senha 12/7/2019									
8-Número da Carteira 0002025388220000001011			9-Plano POS REDE PRESTADORA									
13-Nome CARLOS ALBERTO DOS SANTOS			10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA									
14-Telefone 20/01/1987			15-Nome do Titular do Plano CARLOS ALBERTO DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alimentação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		18-Número no CRO 38540								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05175801972011		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		23-Número no CRO 38540								
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		27-Número no CRO 38540		28-UF RJ								
29-Código CBO S		30-Franchisa/Co-participação R\$		31-Ant 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		1	06/07/2011		
2-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8,00	0,00		1	06/07/2011		
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6,00	0,00		1	08/07/2011		
4-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,00	0,00		1	08/07/2011		
5-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,00	0,00		1	08/07/2011		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franchisa / 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/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												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												