

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/10 12/01 4-Data de Autorização 10/05/11 11/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8011867 7-Data Validade da Senha 12/08/11 11/12/11

408670
 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 1 0 2 5 3 2 5 3 6 5 0 0 0 0 1 0 1 1

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 JESSICA BESSA DOMINGUES

20/06/1992

14-Telefone (011) 31036139

15-Nome do titular do plano JESSICA BESSA DOMINGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN DENTCLINIC

18-Número no CRO 29605

19-UF RJ

20-Código CBO S 03

225 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

127685610884

22-Nome do Contratado Executante

CLARISSA DE SOUZA NETO

23-Número no CRO 29605

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

CLARISSA DE SOUZA NETO

27-Número no CRO 29605

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	14	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

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 173,00

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/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

01/01/11 11/12/10 *Cláudio Neto*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/05/11 11/12/10 *Cláudio Neto*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/05/11 11/12/10 *Jessica Bessa*

53-Data, local e Carimbo da Empresa

10/05/11 11/12/10 *Rio de Janeiro*

54-Data, local e Carimbo da Empresa

10/05/11 11/12/10 *Cirurgião Dentista*

CRO/RJ 29.605