

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 06/12/14		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 12577267		7-Data Validade da Sanha 01/09/19/12/14		1910692 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 101202511478000000000001011				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11			
13-Nome RENATO DE ARAUJO NERY				14-Telefone (11) 11111111				15-Nome do titular do plano RENATO DE ARAUJO NERY			
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 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1240844251100011610		22-Nome do Contratado Executante SORRINDO MAIS LTDA				23-Número no CRO 24111		24-UF RJ		25-Código CNES 9570608	
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111				28-UF RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Quantidade US	
1-010181514001114		COROA TOTAL EM CERÔMERO		11		1		1		47200	
2-010181514001114		COROA TOTAL EM CERÔMERO		12		1		1		47200	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Provisão Término do Tratamento 10/08/10		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência: Emergência		45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial 94400	
46-Tipo de Atendimento		47-Valor Total R\$		48-Tipo de Atendimento		49-Valor Total R\$		50-Tipo de Atendimento		51-Valor Total 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 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.

44-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
10/08/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
10/08/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
10/08/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa  
10/08/10

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

77-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

78-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

79-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

80-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

81-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

82-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

83-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

84-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

85-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

86-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

87-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

88-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

89-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

90-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

91-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

92-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

93-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

94-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

95-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

96-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

97-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

98-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

99-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10

100-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado  
10/08/10