



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/06/2014		4-Data de Autorização 10/06/2014	5-Senha 12577267	6-Número do Guia Principal 12577267	7-Data Validez da Senha 06/09/2014
Dados do Beneficiário		8-Número de Carteira 0102025114780000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validez da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATO DE ARAUJO NERY		14-Telefone 29/09/1981		() - - - - -		15-Nome do titular do plano RENATO DE ARAUJO NERY	
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
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 2408425100160		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		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tableta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denra/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1-00	185400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11	1	1	472,00	0,00
2-00	185400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	12	1	1	472,00	0,00
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
43-Data Provisão Término do Tratamento 05/10/2014		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Total Quantidade US 944,00	46-Valor Total RS 944,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Valor Total RS 0,00	49-Observação
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2014		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2014		53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/10/2014		54-Declara, 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 acarregar os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	