



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338576
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/3/10/7/12/0	4-Data de Autorização 11/4/10/7/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7701835	7-Data Validada da Senha 11/1/11/0/12/0
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002025307392000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/1/11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSUE FRASAO DE OLIVEIRA	15/02/2000	14-Telefone () - - - - -	15-Nome de titular do plano JOSUE FRASAO DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 093894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S	30-Valor Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------	-------------	--------------------------	---	---	-------------------------	-------------	----------------	---	-------------------------	-------------	-----------------	-----------------------------



30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				15/07/20		Josue
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00				15/07/20		Josue
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00				15/07/20		Josue
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00				15/07/20		Josue
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00				15/07/20		Josue
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/1/11/11	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), foi(ram) 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-Dados locais Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [Assinatura]	51-Dados locais Assinatura do Profissional Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [Assinatura]	52-Dados locais Assinatura do Beneficiário / Responsável [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo de Empresa [Assinatura]
--	---	--	---

Josue Frasso de Oliveira