



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

420428
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
1 5 / 0 2 / 1 2 1

8-Número da Guia Principal
8059412

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 3 / 1 1 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 7 / 1 1 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 5 2 6 0 0 0 0 1 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome JOAO VITOR VALENTINO DE ARAUJO CHERMONT
14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano MARIA IVANETE MONTEIRO CHERMONT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 7 5 1 5 6 1 7 6 6 1 5	22-Nome do Contratado Executante EBER COELHO PARAGUASSU
28-Nome do Profissional Executante EBER COELHO PARAGUASSU	29-Código CBO S 458
18-Número no CRO 458	19-UF AP
23-Número no CRO 458	24-UF AP
27-Número no CRO 458	28-UF AP
Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-48 (II) 81000421-	

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
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0			S 2 4 / 1 1 / 2 0	x Maria
2-0 0 1 8 2 0 0 1 2 9 4		REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	1 8 6 0 0	0 0 0 0			S 1 0 1 / 1 2 / 2 0	x Maria
3-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S 1 0 1 / 1 2 / 2 0	x Maria
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto 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 2 3 4 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0		

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 12/14/11 12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/14/11 12/10
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/14/11 12/10 + Maria Yvete	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	