

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



354213
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/01/08 4-Data de Autorização 12/11/08 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7775017 7-Data Validade da Senha 10/08/11

8-Número da Carteira 101020125306431100000101107 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome HENRIQUE RODRIGUES DOS ANJOS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano AZENETE MENDES PAES RODRIGUES 16-Data Validade da Guia 13/09/2010 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 9131894813253 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-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura

1-00018100000300 CONSULTA ODONTOLÓGICA 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
2-00018400000900 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
3-00018510001960 RESTAURAÇÃO RESINA 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
4-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
5-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
6-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura

7-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
8-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
9-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
10-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
11-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
12-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
13-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
14-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura
15-00018300000890 EXODONTIA SIMPLES DE 33-Dentur/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Emissão 42-Assinatura

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofonia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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(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 pagar, em US\$ os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Responsável 53-Dia, local e Assinatura da Empresa

