



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

280242

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/01/2012	4-Data de Autorização 15/02/2012	6-Serviço AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7366394	7-Data Validada na Guia 30/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0002025253000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada na Carteira ////	12-Número da Carteira Nacional da Saúde ////
---	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---

13-Nome SUZANA PAULA SILVEIRA MIRANDA	14-Teléfono () 91245453	15-Nome do titular do plano AURINEIA DA SILVA ALEXANDRE
--	-----------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU	18-UF AP	20-Código CBO S 025
-------------------------	---	-------------	------------------------

21-Código na Operação CNEP / CPE 7556766215	22-Nome do Contratado Executante EBER COELHO PARAGUASSU	23-Número no CRO 458	24-UF AP	25-Código CNEB Enviar - RX (I) 81000421- (II) 85100200
--	--	-------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante EBER COELHO PARAGUASSU	27-Número no CRO 458	28-UF AP	29-Código CBO S (I) 85100200
--	-------------------------	-------------	---------------------------------

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
2	0062000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
10	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/02/2012		Suzana Paula
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 15/02/2012	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 529,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / 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(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/03/2012, Suzana Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa ////
---	---	---	---