

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



313780
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012 4-Data de Autorização 18/10/2012 5-Sinthe AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7569371 7-Data Validade da Série 13/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025296573000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira

13-Nome TEREZA DE PAULA PIRES PICANCO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCIO PIRES PICANCO 16-Data Validade da Carteira

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-LUF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Excedente ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-LUF AP 25-Código CHIES 26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Excedente ALESSANDRA BRITO LOBATO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Item/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franch/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Signatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				18/05/20	Tereza	
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00				18/05/20	Tereza	
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00				18/05/20	Tereza	
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00				18/05/20	Tereza	
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00				18/05/20	Tereza	
6-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	61,00				18/05/20	Tereza	
7-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	61,00				18/05/20	Tereza	
8-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	61,00				18/05/20	Tereza	
9-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	61,00				18/05/20	Tereza	
10-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00				18/05/20	Tereza	
11-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00				18/05/20	Tereza	
12-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00				18/05/20	Tereza	
13-000												
14-000												
15-000												
16-000												
17-000												
18-000												
19-000												
20-000												
21-000												
22-000												
23-000												
24-000												
25-000												
26-000												
27-000												
28-000												
29-000												
30-000												
31-000												
32-000												
33-000												
34-000												
35-000												
36-000												
37-000												
38-000												
39-000												
40-000												
41-000												
42-000												
43-000												
44-000												
45-000												
46-000												
47-000												
48-000												
49-000												
50-000												
51-000												
52-000												
53-000												
54-000												
55-000												
56-000												
57-000												
58-000												
59-000												
60-000												
61-000												
62-000												
63-000												
64-000												
65-000												
66-000												
67-000												
68-000												
69-000												
70-000												
71-000												
72-000												
73-000												
74-000												
75-000												
76-000												
77-000												
78-000												
79-000												
80-000												
81-000												
82-000												
83-000												
84-000												
85-000												
86-000												
87-000												
88-000												
89-000												
90-000												
91-000												
92-000												
93-000												
94-000												
95-000												
96-000												
97-000												
98-000												
99-000												
100-000												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 a 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.

43-Observação

44-Data Previsto Término do Tratamento

45-Tipo de Atendimento

46-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Quantidade US

48-Tipo de Quantidade R\$

49-Tipo de Quantidade R\$

50-Tipo de Quantidade R\$

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Responsável 53-Data local e Assinatura do Responsável

Tereza de Paula Pires Picanco

