

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 13/12/11 4-Data de Autorização 10/15/10 13/12/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8348640 7-Data Validade da Série 13/11/10 15/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253553020000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MARILENE RAMOS DA SILVA 22/03/1973 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARILENE RAMOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a R# 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA 18-Número no CRO 38839 19-UF MG 20-Código CBO S 06 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 23-Número no CRO 38839 24-UF MG 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1086263296011 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 27-Número no CRO 38839 28-UF MG 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1-0	0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		10/12/11		
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
5-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
6-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
7-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
8-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
9-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
10-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
11-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
12-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
13-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
14-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		
15-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		10/12/11		

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/12/11 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

ANA PATRICIA S. FAGUNDES

Cirurgiã-Dentista

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/11 Ana Patrícia S. Fagundes 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/11 Ana Patrícia S. Fagundes 52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/12/11 Marilene Ramos da Silva 53-Data local e Carimbo da Empresa 04/12/11

RO-MG 38839

S. F. mangues

S. F. mangues