

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

437645  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
0 9 / 0 3 / 1 2 1

6-Número da Guia Principal  
8131470

5-Senha  
AUTORIZADO

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

3-Data de Emissão da Guia  
0 9 / 1 1 2 / 1 2 0 1

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

|                                                                 |                                |                                      |                                             |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 1 2 0 2 5 3 9 6 5 4 0 0 0 0 1 0 1 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                  |                                |                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>MAYARA FERREIRA GOMES | 14-Telefone<br>( ) / / / / / / | 15-Nome do titular do plano<br>MAYARA FERREIRA GOMES |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                          |             |                 |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ROBERTA CUNHA VASCONCELOS | 18-Número no CRO<br>8314 | 19-UF<br>CE | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 6 1 5 2 3 9 9 1 0 3 3 8 7 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ROBERTA CUNHA VASCONCELOS    | 23-Número no CRO<br>8314 | 24-UF<br>CE | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ROBERTA CUNHA VASCONCELOS    |                                                                  | 27-Número no CRO<br>8314 | 28-UF<br>CE | 29-Código CBO S |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabella              | 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 5 2 0 0 1 6 6 |                           | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 33              |         | 1      | 2 5 8 1 0 0      | 0 1 0 0  |                                 |        | 10/12/12              | maximiliano                      |
| 2-0 0 1 8 1 0 0 0 3 8 3 |                           | RADIOGRAFIA OCLUSAL    | AI              |         | 1      | 2 9 1 0 0        | 0 1 0 0  |                                 |        | 10/12/12              | maximiliano                      |
| 3-                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 4-                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 5-                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6-                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                       |                                                                                                             |                                              |                                             |                    |                                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / / / / / | 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 1 2 1 8 7 1 0 0 | 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(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<br>10/12/12 Roberto | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/12/12 Roberto | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/12/12 MAYARA FERREIRA GOMES | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato<br>10/12/12 ROBERTA CUNHA VASCONCELOS | 54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato<br>10/12/12 R. Barão do Rio Branco, 1071 Sítio 201-6202 Ed. Lobras Centro CEP- 60.025-060 Fortaleza - CE |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|