



Resolução para uso 2007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 14/12/12	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 934717	7-Data Validade da Semeta 10/04/10 17/12/12
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/02/02 5364873000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FERNANDO HENRIQUE DA SILVA	12/10/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade do plano 11/11/11	16-Nome do titular do plano ADJARA DE MORAIS GONCALVES
---------------------------------------	------------	------------------------------	---------------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	18-Número no CRO 73946	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115823456867	22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	23-Número no CRO 73946	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA	27-Número no CRO 73946	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	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	8	1	0	0	0	5	7				
2-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
3-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
4-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
5-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
6-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
7-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
8-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
9-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
10-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
11-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
12-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
13-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
14-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
15-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
16-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
17-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
18-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
19-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
20-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
21-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
22-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
23-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
24-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
25-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
26-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
27-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
28-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
29-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
30-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
31-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
32-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
33-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
34-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
35-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
36-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
37-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
38-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
39-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
40-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
41-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
42-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
43-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
44-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
45-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
46-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
47-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
48-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
49-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
50-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
51-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
52-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
53-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
54-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
55-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
56-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
57-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
58-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
59-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
60-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
61-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
62-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
63-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
64-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
65-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
66-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
67-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
68-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
69-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
70-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
71-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
72-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
73-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
74-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
75-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
76-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
77-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
78-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
79-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
80-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
81-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
82-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
83-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
84-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
85-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
86-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
87-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
88-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
89-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
90-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
91-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
92-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
93-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
94-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
95-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
96-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
97-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
98-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
99-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			
100-0	0	8	5	2	0	0	0	3	4			

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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 10/05/10 14/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 10/05/10 14/12/12	53-Data, local e Contato da Empresa 11/11/11
---	---	--	---