

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 8/12/10 4-Data de Autorização 11/12/10 8/12/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7782071 7-Data Validade da Guia 11/01/11 11/12/10

355684
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/01/2012 5/2/3/4/4/1/5/0/0/0/0/1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome WULY HANNA DIAS MONTEIRO 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano WULY HANNA DIAS MONTEIRO

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Avendoamento a RU 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/3/8/9/4/8/1/3/2/5/3 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 25-Código CNES 25-Plano 025 - Faturar Empresa 28-Código CBO S 563 29-UF AP 30-Código CBO S 563



30- Tabela	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 Glor	42- Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	13 5 10 0	10 10 0	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	Wully Hanna
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	13 5 10 0	10 10 0	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	Wully Hanna
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	13 5 10 0	10 10 0	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	Wully Hanna
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	13 5 10 0	10 10 0	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	11 12 10 8 12 10	Wully Hanna
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
13-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
14-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										
15-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8										

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tip de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Tip 2-Franquia 46-Tip 1 4 0 10 0 47-Valor Total R\$ 0 10 0 48-Tip 1 4 0 10 0 49-Tip 1 4 0 10 0

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 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 pagar, com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/08/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/08/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/08/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Wully Hanna Dias Monteiro