

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/3/11 01/2/01 4-Dia de Autorização 10/5/11 01/2/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 730465 7-Dia Validade da Guia 10/1/01 11/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102532254400000101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome KEROLLY XAVIER GUERREIRO 30/03/1993 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano FRANCILENE DA SILVA XAVIER GUERREIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Quid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Motivo da Glória	42- Assinatura
1-0	0	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,4	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
2-0	0	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3,5	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
3-0	0	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3,5	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
4-0	0	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3,5	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
5-0	0	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	3,5	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
6-0	0	82010875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,3	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
7-0	0	82010875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,3	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
8-0	0	82010875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,3	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
9-0	0	82010875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	7,3	10,0		10,0	10/01/2011		Kerolly
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 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) 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

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2011 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2011 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2011 53-Data local e Carimbo da Empresa

Kerolly Xavier Guerreiro