



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



315540
INTERCAMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 12/11/2015	4º Data de Autenticação 12/11/2015	5ª Sentença AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 7561961	7º Data Validade da Sentença 11/08/2016
------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8º Nome da Carteira 00020253013280000001011	9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11º Data Validade da Carteira	12º Número do Cartão Nacional de Saúde
---	------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	--

13º Nome JOSIANE BEZERRA LUCIO	04/05/1986	14º Telefone	15º Nome do titular do plano JOSIANE BEZERRA LUCIO
--------------------------------	------------	--------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16º Número no CRO 90610	17º UF SP	18º Código CBO 5 06	19º Faturar Empresa 025 -
---	-------------------------	-----------	---------------------	---------------------------

21º Código na Carteira / CNPJ / CPF 3304458824	22º Nome do Contratado Excluído TAINARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO	23º Número no CRO 90610	24º UF SP	25º Código CNES
--	--	-------------------------	-----------	-----------------

26º Nome do Profissional Excluído TAINARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO	27º Número no CRO 90610	28º UF SP	29º Código CBO 5
--	-------------------------	-----------	------------------

30ª Tabella	31ª Código do Procedimento	32ª Descrição	33ª Dente/Região	34ª Face	35ª Qtd	36ª Quantidade US	37ª Valor	38ª Franquia/Co-participação R\$	39ª Aut	40ª Data de Realização	41ª Nome da Clínica	42ª Assinatura
1-00	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	3,40	0,00	0,00	5	28/11/2015		
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	5	28/11/2015		
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	5	28/11/2015		
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	5	28/11/2015		
5-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	5	28/11/2015		
6-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAID	1	1	6,10	0,00	0,00	5	28/11/2015		
7-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAID	1	1	6,10	0,00	0,00	5	28/11/2015		
8-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAID	1	1	6,10	0,00	0,00	5	28/11/2015		
9-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAID	1	1	6,10	0,00	0,00	5	28/11/2015		
10-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAID	1	1	6,10	0,00	0,00	5	28/11/2015		
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43ª Data Prevista Término do Tratamento	44ª Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortodomia 4. Urgência/Emergência	45ª Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcial	46ª Total Quantidade US 483,00	47ª Valor Total R\$ 0,00	48ª 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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49ª Nome e Assinatura do Paciente/Donatário Josiane Bezerra Lucio	50ª Nome e Assinatura do Profissional Responsável Tainara de Oliveira Figueiredo	51ª Nome e Assinatura do Beneficiário / Responsável Josiane Bezerra Lucio	52ª Nome e Assinatura do Beneficiário / Responsável Josiane Bezerra Lucio	53ª Nome e Assinatura do Beneficiário / Responsável Josiane Bezerra Lucio
---	--	---	---	---