

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



315451
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/05/12/0	4-Data de Autorização 10/8/10/7/12/0	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7581308	7-Data Validade da Seria 11/9/10/8/12/0
--------------------------	--	---	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020251286311100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/11/11/11
13-Nome ELIZETE SANTOS BARROS	08/10/1983	14-Teléfono (916) 9111173710	15-Nome do titular do plano ELIZETE SANTOS BARROS	16-Data Validade da Seria 11/9/10/8/12/0

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CHES 25
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S 25	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tratada	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Atividade
1-010	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	04/12/05	0,00	0,00
2-010	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	04/12/05	0,00	0,00
3-010	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	04/12/05	0,00	0,00
4-010	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	04/12/05	0,00	0,00
5-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35 OD	1	1	88,00	0,00	0,00	0,00	04/12/05	0,00	0,00
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11	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 1228,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Elizete Santos Barros

