

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330081
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/05/2011 4-Dia de Autorização 12/05/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7663132 7-Dia Validade da Senha 12/03/2011

330081
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100202153038619000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome GABRIEL VIEIRA BRITO 22/09/2011 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CAMILA FURTADO VIEIRA 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19131894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

25-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CHES 26-UF AP 27-Número no CRO 563 28-Código CBO S

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

G.C. 01.11.20

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentif/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Causa	42-Assinatura
1-000	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-000	840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00					
3-000	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00					
4-000	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85		1	73,00	0,00					
5-000	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00					
6-000	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00					
7-000	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53		1	73,00	0,00					
8-000	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	73,00	0,00					
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Corodentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Valor Quantidade US 559,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Carimbo Furtado Vieira