

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/3/11 10/12/10 4-Data de Autorização 11/6/11 10/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7930460 7-Data Validade da Senha 10/11/10 11/12/11

389020
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/10 2/5/3 2/2/5/4 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 FRANCILENE DA SILVA XAVIER GUERREIRO 02/06/1975 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano FRANCILENE DA SILVA XAVIER GUERREIRO

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 19/3/8/9/4/8/1/3/2/5/3 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

G.C. 01.11.20

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Gloriosa	42- Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				13	14,00					
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	8	8,00					
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	8	8,00					
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
6-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
7-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
8-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
9-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
10-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
11-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
12-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
13-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
14-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					
15-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3	5,00					

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 35 10,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 e Assinatura de Curador-Dentista Solicitante 16/10/11 51-Data, local e Assinatura do Curador-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Francilene da Silva Xavier Guerreiro