



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 09/11/2005 4-Data de Autorização 11/11/2005 5-Serção AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8131553 7-Data Vencimento da Guia 09/10/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534012300000102 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Nome do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANNA LUISA DA CRUZ MOREIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GLAUCIA JACQUELINE DA CRUZ PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 114176 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código de Operações / CNA / CFE 3118392388514 22-Nome do Contratado Exatante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 114176 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 114176 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Faco	35- Qto	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guise	42- Assinatura
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	161,00	0	10,00	0	11/10/21	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Prescrição / Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consulta 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 61,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

49- Declaração: 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 de profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), to(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- Observações

50- Data, local e Assinatura do Contratado Responsável ANNA LUISA DA CRUZ MOREIRA 51- Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável GLAUCIA JACQUELINE DA CRUZ PEREIRA 53- Data, local e Carimbo da Empresa