



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



377717
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 40641	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10/9/12/01	4-Data de Autorização 11/6/11/10/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882289	7-Data Validade da Sentença 11/6/11/12/12/01
-------------------------	--	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025321121001010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

ZION LORENZO LIMA RODRIGUES

26/04/2014

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
SONIA ELI CORREA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atividade N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 938948131253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Cuid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glória	42- Assinatura
1-0	018100000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		134	100					Sônia Eli Corrêa Lima
2-0	018400000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR		1		72	100					Sônia Eli Corrêa Lima
3-0	018510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	51	M	1	161	100					Sônia Eli Corrêa Lima
4-0	018510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	61	M	1	161	100					Sônia Eli Corrêa Lima
5-0	018510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	62	M	1	161	100					Sônia Eli Corrêa Lima
6-0	018510002010	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	181	100					Sônia Eli Corrêa Lima
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	3777	100				

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(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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/6/11/10/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/6/11/10/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11/11/11
---	--	---	--

Sônia Eli Corrêa Lima