



Reg. nº 13.371.333-0001

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



396497  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
15/11/2010

4-Data de Autuação  
10/3/11

5-Será  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7961159

7-Data Validade da Guia  
13/10/11

8-Número da Carteira  
101021025284227000000101

9-Pipino  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
LUIZ FELIPE MONTEIRO BATISTA DA SILVA

14-Telefone  
27/03/1989

15-Nome do Titular do Plano  
LUIZ FELIPE MONTEIRO BATISTA DA SILVA

16-Atendimento a RV  
DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

17-Nome do Profissional Solicitante  
DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

18-Número no CRO  
31802

19-UF  
RJ

20-Código CRO S  
025 -  
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
182436274720

22-Nome do Contratado Executante  
DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

23-Número no CRO  
31802

24-UF  
RJ

25-Código CRO S  
025 -  
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante  
DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

27-Número no CRO  
31802

28-UF  
RJ

29-Código CRO S  
025 -  
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente Região

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Método da Glor. 42-Assinatura

1-00082000859 EXODONTIA DE RAIZ

18

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

2-00082000859 EXODONTIA DE RAIZ

27

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

3-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

38

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

4-00082000859 EXODONTIA DE RAIZ

28

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

5-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

6-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

7-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

8-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

9-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

10-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

11-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

12-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

13-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

14-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

15-00082000875 EXODONTIA SIMPLES DE

17

1

7300

0000

0000

0000

0000

0000

0000

43-Data Final e Assinatura do Operador/Donatário

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total 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, a 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Final e Assinatura do Operador/Donatário

51-Data Final e Assinatura do Operador/Donatário

52-Data Final e Assinatura do Operador/Donatário

53-Data Final e Assinatura do Operador/Donatário

54-Data Final e Assinatura do Operador/Donatário

55-Data Final e Assinatura do Operador/Donatário

OPRO - INST. DES. PESQ. E REAB. ORAL LTDA