

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 12/01/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7859984 7-Data Vencível da Guia 10/09/2012 372950 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020125318636000011021

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Vencível da Carteira 11/01/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VALENTINA BANHA POLATO

25/06/2014

14-Telefone

15-Nome do titular do plano DALIANE DA SILVA BANHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CBO S

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CHES

26-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100200

(1) 85100200

(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Class	42-Assinatura
1-00	810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,40	0,00			11/01/2012		
2-00	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	18,80	0,00			11/01/2012		
3-00	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	18,80	0,00			11/01/2012		
4-00	840001090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	17,20	0,00			11/01/2012		
5-00	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	18,80	0,00			11/01/2012		
6-00	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	75	MO	1	18,80	0,00			11/01/2012		
7-00	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	18,80	0,00			11/01/2012		
8-00	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	18,80	0,00			11/01/2012		
9-00	851001200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OM	1	18,80	0,00			11/01/2012		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Total 2-Parcial	49-Total Quantidade US	49-Total Valor R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$
11/01/2012	1-1	2-Exame Radiológico	3-Condiciona	4-Urgência/Emergência	1-1	2-Parcial	712,20	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que c(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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Lugar, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/01/2012

51-Lugar, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/01/2012

52-Lugar, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/01/2012

53-Lugar, local e Carimbo da Empresa

11/01/2012

+ Assinatura do Silveira Bonfim

