

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330051
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 6/12 01	4-Data de Autorização 12/6/10 6/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662958	7-Data Validade da Senha 12/3/10 9/12 01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

15-Nome EMANOEL FERNANDES MONTEIRO		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARTA AMORAS FERNANDES
---------------------------------------	--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S	225 - Faturar Empresa
---	--	-------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES
--	--	-------------------------	-------------	----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 938948131253		26-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CEO S
---	--	---	-------------------------	-------------	-----------------

28-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
---	--	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-0	0811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	26/06/2010	Marta
2-0	0814000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	72,00	0,00	0,00	S	26/06/2010	Marta
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1106,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, 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 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 Contratado-Dono da Empresa 26/06/2010	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/2010	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 26/06/2010
---	---	--

Marta Amorós Fernandes