

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359662
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/12 4-Data de Autorização 11/08/12 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7800100 7-Data Validade da Série 11/11/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020125314303000001010104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS EDUARDO QUADROS DA SILVA ALMEIDA 28/11/2005

15-Nome do titular do plano RONNIELDA QUADROS DA SILVA

GUIA
CONCLUÍDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN ALESSANDRA BRITO LOBATO 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19038948131253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Número no CRO 563 27-UF AP 28-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
6-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
7-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
8-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
9-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
10-000	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	7,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
11-000	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	7,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ronnilda
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$							
11/11/12	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	564,00	0,00	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 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(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 pagar, com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

11/08/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/08/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa

ODONTOLOGIA
CRO-563-AO

Ronnilda
Quadros da Silva