

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

420036  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
14/10/2012

6-Número da Guia Principal  
8057826

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autolização  
12/3/11

3-Data de Emissão da Guia  
11/6/11

1-Registro ANS  
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Horário  
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira  
00020202532387600000101

13-Nome  
ANDREZA ROCHA DE SOUZA

15-Nome do titular do plano  
ANDREZA ROCHA DE SOUZA

14-Telefone  
(11) 3454-4883

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
KAIO AZEDO LEITE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
001118121251

20-Código CBO S  
025 -  
Faturar Empresa

19-UF  
AM

23-Número no CRO  
4602

22-Nome do Contratado Excludente  
KAIO AZEDO LEITE

26-Nome do Profissional Excludente  
KAIO AZEDO LEITE

25-Código CINES  
Enviar - RX  
(IF) 85200166-12  
(I) 81000421-RIS

24-UF  
AM

27-Número no CRO  
4602

28-UF  
AM

30-Taxa  
31-Código do Procedimento

38-Franchisa/Co-participação R\$

37-Valor

36-Qtd

35-Face

34-Região

41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

33-Dente/Região

32-Descrição

31-Código do Procedimento

30-Taxa

1-000185200166-12

2-000185200166-12

3-000185200166-12

4-000185200166-12

5-000185200166-12

6-000185200166-12

7-000185200166-12

8-000185200166-12

9-000185200166-12

10-000185200166-12

11-000185200166-12

12-000185200166-12

13-000185200166-12

14-000185200166-12

15-000185200166-12

16-000185200166-12

17-000185200166-12

18-000185200166-12

19-000185200166-12

20-000185200166-12

21-000185200166-12

22-000185200166-12

23-000185200166-12

24-000185200166-12

25-000185200166-12

26-000185200166-12

27-000185200166-12

28-000185200166-12

29-000185200166-12

30-000185200166-12

31-000185200166-12

32-000185200166-12

33-000185200166-12

34-000185200166-12

35-000185200166-12

36-000185200166-12

37-000185200166-12

38-000185200166-12

39-000185200166-12

40-000185200166-12

41-000185200166-12

42-000185200166-12

43-000185200166-12

44-000185200166-12

45-000185200166-12

46-000185200166-12

47-000185200166-12

48-000185200166-12

49-000185200166-12

50-000185200166-12

51-000185200166-12

52-000185200166-12

53-000185200166-12

54-000185200166-12

55-000185200166-12

56-000185200166-12

57-000185200166-12

58-000185200166-12

59-000185200166-12

60-000185200166-12

61-000185200166-12

62-000185200166-12

63-000185200166-12

64-000185200166-12

65-000185200166-12

66-000185200166-12

67-000185200166-12

68-000185200166-12

69-000185200166-12

70-000185200166-12

71-000185200166-12

72-000185200166-12

73-000185200166-12

74-000185200166-12

75-000185200166-12

76-000185200166-12

77-000185200166-12

78-000185200166-12

79-000185200166-12

80-000185200166-12

81-000185200166-12

82-000185200166-12

83-000185200166-12

84-000185200166-12

85-000185200166-12

86-000185200166-12

87-000185200166-12

88-000185200166-12

89-000185200166-12

90-000185200166-12

48-Obtenção

46-Total Quantidade US

45-Tipo de Faturamento

44-Tipo de Atendimento

43-Data Previsto Término do Tratamento

42-Assinatura

47-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Tipo de Faturamento

44-Tipo de Atendimento

43-Data Previsto Término do Tratamento

53-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

KAIO AZEDO LEITE  
Cirurgião-Dentista  
CRO AM 4602

KAIO AZEDO LEITE  
Cirurgião-Dentista  
CRO AM 4602

KAIO AZEDO LEITE  
Cirurgião-Dentista  
CRO AM 4602

de souza

Favor anexar rx inicial e final para pagamento

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(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.