

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



325224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 11/06/2011 4-Data de Autorização 11/06/2011 5-Ser Autorizado 11/06/2011 6-Número da Guia Principal 11/06/2011 7-Data Validade da Guia 11/06/2011

8-Número da Carteira 10020253038840000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/06/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MARLENE MOUGO ABREU 14-Teléfono (11) 85100200 15-Nome do titular do plano MARLENE MOUGO ABREU

13-Nome MARLENE MOUGO ABREU

24/11/1995

14-Teléfono (11) 85100200

15-Nome do titular do plano MARLENE MOUGO ABREU

16-Data de Contato Responsável pelo Tratamento

16-Data de Contato Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1913894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

25-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 CNES 26-UF AP 27-Número no CRO 563 28-Código CBO S 29-Código CBO S 30-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 82001294-48 (1) 82001294-38



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 Gloriosa	42-Assinatura
1-000	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
2-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
3-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
4-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
5-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
6-000	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
7-000	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
8-000	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
9-000	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	17,30	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
10-000	820000129	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38	1	1	18,60	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
11-000	820000129	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	1	1	18,60	0,00	0,00	0,00	11/06/2011		Marlene
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 856,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/06/2011

Marlene Mougou Abreu