

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



307914
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/12 4-Data de Autorização 12/10/12 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7523030 7-Data Validade da Guia 12/10/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025265138000001102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/10/12 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome TALITA SILVA BARBOSA LIMA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WELLITON QUARESMA DE LIMA 16-Data de validade da Guia 18/12/1996

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

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-Frangula/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00			23/04/12		
2-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00			23/04/12		
3-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00			23/04/12		
4-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00			23/04/12		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-1-Tipo de Atendimento 45-1-Tipo de Frangimento 46-1-Tipo de Frangimento 47-Valor Total R\$ 48-Total Frangula / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido todos 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) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

Talita Silva Barbosa Lima