

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



330061
INTERCAMBIO

1-Região 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-Serão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7663036 7-Data Validade da Serião 12/3/10 9/12/01

8-Número da Carteira 0101201253013869010101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/1988 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CAMILLA FURTADO VIEIRA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano CAMILLA FURTADO VIEIRA 16-Adiamento a RN 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 Enviar - RX (1) 85100200

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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 Glosa	42-Valor em R\$
1-00	810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,0					26,06/12/01
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	0,0					26,06/12/01
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	0,0					26,06/12/01
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	0,0					26,06/12/01
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	0,0					26,06/12/01
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	0,0					26,06/12/01
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	0,0					26,06/12/01
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	0,0					26,06/12/01
9-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8,8	0,0					26,06/12/01
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	4 4 5 0	10,00								

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(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 12/11/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Camilla Furtado Vieira