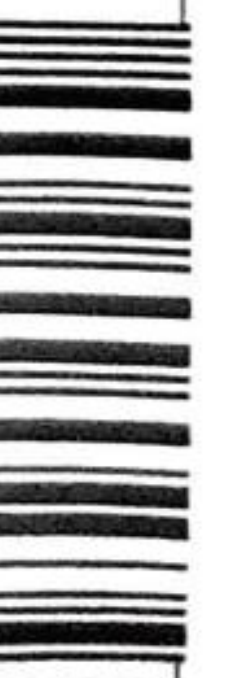




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 28/01/2012 4-Data de Autorização 31/01/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7354177 7-Data Validade da Senha 27/04/2012

278036 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202527749500000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome ELIZEU SILVA DA SILVA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ELIZEU SILVA DA SILVA 16-11/06/1998

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU 18-Número no CRO 458 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 75556766215 22-Nome do Contratado Executante EBER COELHO PARAGUASSU 23-Número no CRO 458 24-UF AP 25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-24 (I) 81000421-RPSE 26-Nome do Profissional Executante EBER COELHO PARAGUASSU 27-Número no CRO 458 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 Gloriosa	42-Assinatura			
1-00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S112/02/20			Elizeu			
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	61,00	0,00		S03/03/20			Elizeu			
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S112/02/20			Elizeu			
4-00															
5-00															
6-00															
7-00															
8-00															
9-00															
10-00															
11-00															
12-00															
13-00															
14-00															
15-00															
3-Dia Previsto Término do Tratamento 11/02/12															
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência															
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial															
46-Total Quantidade US 408,00															
47-Valor Total R\$ 0,00															
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/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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
Observação															