



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 7/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 7/12/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7693244	7-Data Validade da Série 10/7/11 01/12/01
------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

336673
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 52873411000010101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO LAUREANO SANTOS VIEIRA	02/12/2011	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano JANAINA RAIRO SANTOS SILVA	GUIA CONCLUIDA

16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913894813253	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



30-Teleta	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-Assinatura
1-00	840000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00			13/03/10		forneira
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00			13/03/10		forneira
3-00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	73,00	0,00			13/03/10		forneira
4-00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	73,00	0,00			13/03/10		forneira
5-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			13/03/10		forneira
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento	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 313,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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) 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/03/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/03/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/03/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

forneira, Brine Son for Silva