



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



335667
INTERCAMBIO

3-Data de Emissão da Guia
10/07/10 7/12/10

4-Data de Autorização
10/08/10 7/12/10

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7689139

7-Data Validade da Guia
10/05/11 10/12/10

8-Número da Carteira
10/02/10 2/5/3/07/2/6/9/0/0/0/0/1/0/1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
10/07/10 7/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

GUIA
CONCILIADA

13-Nome
GLEISILANI FREITAS RAMOS

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
GLEISILANI FREITAS RAMOS

16-Atendimento 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 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
19/38/94813253

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-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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 1 3 0			1	3 4 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
2-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
3-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
4-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
5-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			10/08/10 7/12/10		gleisilani

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\$

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/08/10 7/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/08/10 7/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/08/10 7/12/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/08/10 7/12/10

gleisilani freitas ramos