

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/3/11 10/12/10 4-Dados de Autorização 10/6/11 10/12/10 5-Semeta CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7930643 7-Data Validade da Semeta 10/1/10 11/12/11

389094
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012012 532533100000101103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WENDELL FREITAS DE SOUZA 17/12/2007 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ANA LUCIA FREITAS DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1938914813253 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

6-C 01.11.20

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 Glor	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,40	0,00		0,00			
2-000	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		7,20	0,00		0,00			
3-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6,10	0,00		0,00			
4-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6,10	0,00		0,00			
5-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6,10	0,00		0,00			
6-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6,10	0,00		0,00			
7-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,10	0,00		0,00			
8-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,10	0,00		0,00			
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista 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-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial		47,20	0,00			

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-Dados: Nome Assinante do Contrato, Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Welton Freitas de Almeida.