

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 11/08/2011 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8959211 7-Data Validade da Guia 17/11/2011

667443
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530366700000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARTA AMORAS FERNANDES 14-Telefone 06/11/1982 15-Nome do titular do plano MARTA AMORAS FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 Operação / CNP / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-UF AP 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

24-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				19/08/2011	Nota	
2-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00				19/08/2011	Nota	
3-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00				19/08/2011	Nota	
4-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	16,00				19/08/2011	Nota	
5-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	16,00				19/08/2011	Nota	
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tipologia Odontológica	2-Exame Radiológico	3-Cronograma	4-Indicação Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$		
								302,00	0,00			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre todos os 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, compreendendo todos os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Marta Amoras Fernandes