

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 7/12/10 4-Data de Autorização 11/7/10 7/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 77134771 7-Data Validade da Série 11/5/11 10/12/10

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253065350000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/7/10 11/7/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 341078 INTERCAMBIO

13-Nome

ALMEIRINDA MARIA DA SILVA FERREIRA PACHE 12/04/1971 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano FRANCISCO FERREIRA PACHECO 16-Guia CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

193894813253 ALESSANDRA BRITO LOBATO 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:

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centre/Região	34-Face	35-Cliv	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/3/07		Almeirinda
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			17/07/20		Almeirinda
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			17/07/20		Almeirinda
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			17/07/20		Almeirinda
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			17/07/20		Almeirinda
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1		61,00	0,00			11/7/07		Almeirinda
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto 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 1235,00 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 este 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 11/7/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/7/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/7/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/7/10

Almeirinda Maria da Silva Ferreira Pacheco