

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/09/2010 4-Data de Autorização 11/10/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7855169 7-Data Validade da Guia 10/08/2012

371899
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 1010202530643110000010108 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

GUIA

13-Nome ANTONIO NETO RODRIGUES DA SILVA 14-Telefone 08/12/2015 15-Nome do Titular do plano AZENETE MENDES PAES RODRIGUES

CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a R/N 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CNO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNO / CPF 33894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CNO 563 24-UF AP 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CNO 563 28-UF AP 29-Código CBO S



Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	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			72,00	0,00			11/10/2010		Alessandra
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 72,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os aspectos, físicos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 (e) o procedimento(s) descrito(s), acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e da 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 pagar, com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Alessandra Paes Rodrigues da Silva