

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10/19/12/01 4-Data de Autorização 11/6/11/10/12/01 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7882203 7-Data Validade da Série 11/6/11/12/12/01 377705 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/01253211121000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SONIA ELI CORREA LIMA 14-Teléfono 15-Nome do Títiler do plano SONIA ELI CORREA LIMA

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 Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200

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-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 Glor	42-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	16,100	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
2-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
7-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MDV	1	12,20	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
8-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MO	1	8,00	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
9-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	16,10	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
10-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	16,10	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
11-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	16,10	0,00	0,00	1	11/6/11/10/12/01	1	Sônia
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Escane Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	628,00	10,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/6/11/10/12/01 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/6/11/10/12/01 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11

Sônia Eli Correa Lima