



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/09/10 4-Data de Autorização 10/09/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8796577 7-Data Validade da Série 10/07/11 8-Número do Cartão Nacional de Saúde 614533 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202053654620000010101013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome MARLENE SALETE GOMES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MAILA GOMES DA SILVA 16-Nome do Profissional Solicitante 17-Nome do Profissional Executante 18-Número no CRO 19-UF RS 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101343526027 22-Nome do Contratado Executante FELIPE FROZI 23-Número no CRO 23909 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FELIPE FROZI 27-Número no CRO 23909 28-UF RS 29-Código CBO S 30-Data de Realização 31-Motivo da Glosa 32-Assinatura

33-Dentista/Região 34-Face 35-Clínica 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut. 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
2-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
3-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
4-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
5-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
6-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
7-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
8-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
9-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
10-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
11-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
12-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
13-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
14-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011
15-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/07/2011	10/07/2011	10/07/2011

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/07 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/07 53-Data, local e Carimbo da Empresa