



Parquidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 15/12/11

4-Data de Autorização 12/6/10 15/12/11

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8633358

7-Data Validade da Senha 12/4/10 8/12/11

564938 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538045600000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SIMONE MARIA MARQUES DE OLIVEIRA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano SIMONE MARIA MARQUES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA ODONTOMEDICA VIVER

17-Nome do Profissional Solicitante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

18-Número no CRO 12222

19-UF BA

20-Código CBO S 06

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 025 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

23-Número no CRO 12222

24-UF BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

27-Número no CRO 12222

28-UF BA

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				12/6/10	12/12/11	
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				12/6/10	12/12/11	
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				12/6/10	12/12/11	
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				12/6/10	12/12/11	
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				12/6/10	12/12/11	
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
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\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial						

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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Edimário Alves de Jesus Neto

Cirurgião-Dentista

Dr. Edimário Alves de Jesus Neto

Cirurgião-Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/10 12/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/10 12/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa