



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/11/210	4-Data de Autorização 10/9/11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8018233	7-Data Validade da Senha 10/1/012/12/11
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

410430
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002102153272360000101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON PONTES TEIXEIRA	22/02/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDERSON PONTES TEIXEIRA
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNU / CPF 1310921941152172	22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 5480	24-UF AM	25-Código ONES
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 5480	28-UF AM	29-Código CBO S	Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cir	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	8,10,0	10,10,10	100,10,10	S	10/11/11	Anderson	
2-00	085300147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6,10,0	10,10,10	100,10,10	S	10/11/11	Anderson	
3-00	085300147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6,10,0	10,10,10	100,10,10	S	10/11/11	Anderson	
4-00	085300147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIJ	1	1	3,6,10,0	10,10,10	100,10,10	S	10/11/11	Anderson	
5-00	085300147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6,10,0	10,10,10	100,10,10	S	10/11/11	Anderson	
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2015,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10,10
--	--	---	--------------------------------------	--------------------------------	---

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

49-Observação

Dr. Anderson Pontes Teixeira
Cirurgião Dentista
CRM 5480

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Anderson Pontes Teixeira CRM 5480	52-Data, local e Assinatura do Remetente / Responsável 09/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/11
---	---	--	---