

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



395957
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/11/2010 4-Data de Autorização 16/11/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7958903 7-Data Validade da Guia 12/11/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020253251540000010105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MIGUEL DE OLIVEIRA DE LIMA 11/03/2010 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JUCIREMA SORAIA MORAIS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 193894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES

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

G.C. 02.01.20

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 Class	42-Assinatura
1-0	0	8100030			1	3,4	10,0			16/10/20		Soraia
2-0	0	8400090			1	7,2	10,0			16/10/20		Soraia
3-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
4-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
5-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
6-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
7-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
8-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
9-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
10-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
11-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
12-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
13-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
14-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia
15-0	0	8300089			1	7,3	10,0			16/10/20		Soraia

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 1252,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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(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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Especialista / Responsável 53-Data local e Carimbo da Empresa

Jucirema Soraia Moraes de Oliveira