

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



346301
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 7/12 0	4-Data de Autorização 12/8/10 7/12 0	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7738042	7-Data Validade da Semeta 12/5/11 10/12 0
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

346301
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 7 1 0 3 3 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/07/1988	12-Número do Cartão Nacional de Saúde CONCLUIDA
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome MARCIO PINHEIRO CAMPOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIO PINHEIRO CAMPOS	16-Data Validade da Semeta 12/5/11 10/12 0
-----------------------------------	------------------------------	---	---

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19 3 8 9 4 8 1 3 1 2 5 3	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP
25-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	26-UF AP	27-Número no CRO 563	28-UF AP
29-Código CBO S (1) 85100200	30-UF AP	31-Código CBO S (1) 85100200	32-UF AP

33-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	34-Fratura/Co-participação R\$	35-Data de Realização	36-Motivo da Citação 42-Assinatura
---	--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Citação 42-Assinatura
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 1 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
2-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3 5 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
3-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3 5 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
4-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3 5 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
5-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3 5 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
6-0 0 0 8 5 1 0 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6 1 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
7-0 0 0 8 5 1 0 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6 1 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
8-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
9-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
10-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
11-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
12-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
13-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
14-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio
15-0 0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8 8 10 0	0,00		S	28/07/10	Marcio

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Fratura/Co-participação R\$
--	------------------------	-------------------------	------------------------	--------------------	--------------------------------------

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

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

Marcio Pinheiro Campos