

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANVISA 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/11/2011 3-Data de Autorização 11/11/2011 4-Sentença AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7794962 6-Data Validade da Sentença 11/11/2011

358544
INTERCÂMBIO

7-Data de Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202531191160000101021

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIANA REIS CAMPOS

21/02/1993

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano ROSINALDO ALVES DOS SANTOS

CONCLUIDA

16-Endereço do Contatado Responsável pelo Tratamento

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 Operação / CNPJ / CPF 1318194813253

22-Nome do Contratado Excepcional ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CNES

Enviar - RX

(I) 85100200

(I) 85100200

26-Nome do Profissional Excepcional ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO 563

28-UF AP

29-Código CBO S

(I) 85100200

(I) 85100200

Plano de Tratamento / Prescrições Solicitadas

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	000	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	10,00					<i>Procedido</i>
2	000	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,00					<i>Procedido</i>
3	000	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,00					<i>Procedido</i>
4	000	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,00					<i>Procedido</i>
5	000	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,00					<i>Procedido</i>
6	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
7	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
8	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
9	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
10	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
11	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
12	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
13	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
14	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>
15	000	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88	10,00					<i>Procedido</i>

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 770,00 47-Valor total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme escema apresentada, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (c/s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e da 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 do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Procedido Alterar dos Santos