

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 12:00	4-Data de Autorização 12/11/08 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7776595	7-Data Validade da Guia 10/09/11 12:00
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

354498
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202531223400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

GUIA
CONCLUÍDA

13-Nome ORIVALDO TRINDADE RAMOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GLAUCIA LENISE SEIXAS DA SILVA
16-Endereço ALESSANDRA BRITO LOBATO	17-Número no CRO 563	18-Código CBO S 025 -
19-Endereço ALESSANDRA BRITO LOBATO	20-Número no CRO 563	21-Código CBO S 025 -
22-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-Código CBO S 025 -
25-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	26-Número no CRO 563	27-Código CBO S 025 -



30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/08/09		Glauvia
2-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			11/08/09		Glauvia
3-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			11/08/09		Glauvia
4-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			11/08/09		Glauvia
5-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			11/08/09		Glauvia
6-00	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA		P	1	61,00	0,00			11/08/09		Glauvia
7-00	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA		O	1	61,00	0,00			11/08/09		Glauvia
8-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00	0,00			11/08/09		Glauvia
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 369,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ler 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 este 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 Solicitante 11/10/08/09	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/08/09	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---

Glauvia Lenise Seixas da Silva