

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326960
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/2012	4-Data de Autorização 23/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7646500	7-Data Validade da Senha 17/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020252253100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde *
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome YAN LUKAS MELO DE ALMEIDA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano MAYARA OLIVEIRA DE ALMEIDA MELO
--------------------------------------	------------------------	--



16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO		17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S	21-Código CNES	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CEO S	26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CEO S
--	--	--	-------------------------	-------------	-----------------	----------------	---	-------------------------	-------------	-----------------	---	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 de Glusa 42-Assinatura
1-010811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				23/06/2012	
2-010813000089		EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	73,00				23/06/2012	
3-010813000089											
4-010813000089											
5-010813000089											
6-010813000089											
7-010813000089											
8-010813000089											
9-010813000089											
10-010813000089											
11-010813000089											
12-010813000089											
13-010813000089											
14-010813000089											
15-010813000089											

43-Data Previsto 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 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

Mayara Oliveira de Almeida Melo