

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/31/02/12/11	4-Data de Autorização 10/41/02/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8264889	7-Data Validade da Santa 10/41/05/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

469173
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010210215347536000101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KARYNNE CORREA NOGUEIRA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KARYNNE CORREA NOGUEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1012184311119178	22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES
---	---

26-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cicl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	01811010001615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	10,10			10/11/02/12/11		
2-10	018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	18	10,10					
3-10	018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	18	10,10					
4-10	0181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	16	11,10					
5-10	0181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	16	11,10					
6-10	0181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	16	11,10					
7-10	018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	18	10,10					
8-10	018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	18	10,10					
9-10	018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	18	10,10					
10-10	018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	18	10,10					
11-10	018140000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,10					
12-10	018140000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,10					
13-10	018140000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,10					
14-10	018140000119181	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35	10,10					
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/02/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

46-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/02/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/02/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/02/12/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/02/12/11	54-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/02/12/11
---	---	---	--	--

Dr. Allan de Lima Lopes
Cirurgião Dentista
CRO 14.878 SC