

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

404979
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 10/12/01	4-Data de Autorização 10/05/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995890	7-Data Validade da Senha 12/04/10 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020201253056201000101	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
ISTEFANE DELGADO DA SILVA

14-Idade (anos)
29

15-Nome do titular do plano
ISTEFANE DELGADO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE	18-Número no CRO 4602	19-UF AM	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10011811212511	22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE	23-Número no CRO 4602	24-UF AM	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE	27-Número no CRO 4602	28-UF AM	29-Código CBO S
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	---	--	--------------------------	-------------	----------------	--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-000181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	11/11/11	11/20/11	ISTEFANE
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	11/20/11	ISTEFANE
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	11/20/11	ISTEFANE
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	11/20/11	ISTEFANE
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	11/20/11	ISTEFANE
6-000185300047											
7-000185300047											
8-000185300047											
9-000185300047											
10-000185300047											
11-000185300047											
12-000185300047											
13-000185300047											
14-000185300047											
15-000185300047											

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/05/11 11/11/20	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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.

48-Observação

49-Data Previsto Término do Tratamento 10/05/11 11/11/20	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/11 11/11/20 KAIO AZEDO LEITE CRO-AM 4602	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/11 11/11/20 KAIO AZEDO LEITE CRO-AM 4602	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/11 11/11/20 ISTEFANE DELGADO DA SILVA
---	---	---	---