

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

428983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 11/12/10	4-Data de Autorização 10/3/11 12/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095043	7-Data Validade da Sentença 12/4/10 2/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202025331477000000103	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 LUIZ HENRIQUE LIMA DE BARROS					
14-Telefone (1912) 981651-103411					
15-Nome do titular do plano ELIZANGELA RODRIGUES DE LIMA					
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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0011811212511111	22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE	23-Número no CRO 4602	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RIS
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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura							
1-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
2-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
3-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
4-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
5-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
6-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
7-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
8-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
9-0001815100119611		RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61	1,00	0		11/11/2011		16/03							
10-00018100004211		RX PERIAPICAL	RIS		1	14	1,00	0		11/11/2011		16/03							
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/11 12/11/11	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 1156310101	47-Valor Total R\$ 1156310101	48-Valor Franquia / Co-participação R\$ 1156310101
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, a 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 de Cirurgião-Dentista 12/11/11 12/11/11 CRO-AM 4602					
51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 12/11/11 12/11/11 CRO-AM 4602					
52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 12/11/11 12/11/11 CRO-AM 4602					