

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



333145
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 10/12/10 4- Data de Autorização 10/18/10 5- Sessão AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 7678141 7- Data Validade da Sessão 13/01/10 9/12/10

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira

10/02/02530631700000011011

9- Plano

POS REDE PRESTADORA

10- Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11- Data Validade da Carteira

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome

IVANE RODRIGUES BARBOSA

14- Telefone

() - - - - -

15- Nome do titular do plano

IVANE RODRIGUES BARBOSA

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN

ALESSANDRA BRITO LOBATO

18- Número no CRO

563

19- UF

AP

20- Código CBO S

21- UF

22- Código CNES

23- Número no CRO

24- UF

25- Código CBO S

26- UF

27- Número no CRO

28- UF

29- Código CBO S

30- UF

31- Código do Procedimento

32- Descrição

33- Dentu/Região

34- Fato

35- Qtd

36- Quantidade US

37- Valor

38- Franquia/Co-participação R\$

39- Aut

40- Data de Realização

41- Motivo da Glosa

42- Assinatura

43- Data, local e Assinatura do Beneficiário

44- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

45- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

48- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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(ram) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

43- Observação

44- Observação

45- Observação

46- Observação

47- Observação

48- Observação

49- Observação

50- Observação

IVANE RODRIGUES BARBOSA

IVANE RODRIGUES BARBOSA

GUIA 0140
CONCLUIDA