

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

354285
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 17/10/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7775434 7-Data Validade de Sanha 08/11/2012

8-Número da Carteira 01020253068650100011013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANTONIO FAGUNDES AMARAL 24/09/1963 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ADRIANA ARAUJO AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Código no Operadora / CNPJ / CPF 03894813253 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 03894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qui	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor	42-Assinatura
1-00	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	10,0					
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3,5	10,0					
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		3,5	10,0					
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		3,5	10,0					
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		3,5	10,0					
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	10,0					
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	10,0					
8-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	10,0					
9-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1		6,1	10,0					
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Fracturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchise / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os aspectos, 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 assinar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa

