

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/01/10 4-Data de Autorização 12/01/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7975568 7-Data Validade da Semeta 18/01/12

400074
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1012021527532000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade de Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome RAFAEL MARTINS DA SILVA 20/03/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RAFAEL MARTINS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Avenciamento a R\$ 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19389148132153 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - 24-UF AP 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 30-Valor 31-Valor 32-Franchise/Co-participação R\$ 33-Aut 34-Data de Realização 40-Motivo da Guise 42-Assinatura

G.C 01.11.20

OK 5

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchise/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guise	42- Assinatura
1-000	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				20/01/10		Rafael
2-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00				20/01/10		Rafael
3-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00				20/01/10		Rafael
4-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00				20/01/10		Rafael
5-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00				20/01/10		Rafael
6-000	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00				20/01/10		Rafael
7-000	851000218	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00				20/01/10		Rafael
8-000	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00				20/01/10		Rafael
9-000	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00				20/01/10		Rafael
10-000	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00				20/01/10		Rafael
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista Término do Tratamento	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 540,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchise - Co-participação R\$							

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.

49-Observação

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

Rafael Martins da Silva