

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335629  
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 4-Data de Autorização 10/8/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 76889948 7-Data Validade da Guia 10/5/11 8-Data Validade da Guia 10/2/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/0/5/9/7/7/0/0/0/0/1/0/2/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ENZO FABRICIO COSTA DE SOUZA 14-Telefone 15-Data de Nascimento 15/08/2004 16-Nome do titular do plano MARINETTE COSTA DE AZEVEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/3/8/9/4/8/1/3/2/5/3/ 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-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Guia | 42-Assinatura |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0/0/1/0/0/0/0/0/3/0/  |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 1      | 3,4              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 2-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 3-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-0/0/8/5/1/0/0/1/9/6/  |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 37              | 0       | 1      | 6,1              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-0/0/8/5/1/0/0/1/9/6/  |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 47              | 0       | 1      | 6,1              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-0/0/8/5/1/0/0/1/9/6/  |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 25              | 0       | 1      | 6,1              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-0/0/8/5/1/0/0/1/9/6/  |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 27              | 0       | 1      | 6,1              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 10/0/0/8/5/1/0/0/1/9/6/ |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 16              | 0       | 1      | 6,1              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 11/0/0/8/5/1/0/0/1/9/6/ |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 17              | 0       | 1      | 6,1              | 10,0     |                                 |        |                       |                   |               |
| 12/                     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13/                     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14/                     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15/                     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Fracamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / 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) 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 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 Cartão de Empresa

Guia Michael Costa de Souza