

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344694
INTERCAMBIO



1-Região / ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/20 4-Data de Autorização 12/8/10 7/12/20 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7731101 7-Data Validade da Sentença 12/1/10 10/12/10

8-Número da Carteira 100120253089270000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/1/10 12/1/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MARCIO CAMBRAIA 08/09/1986 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano MARCIO CAMBRAIA

GUIA
CONCLUÍDA

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 1913894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código ONES 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 da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
7-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
8-0	0	EXODONTIA DE RAIZ	1	1	1	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
9-0	0	EXODONTIA DE RAIZ	1	1	1	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	28/03/10	Mac
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1/1/10	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1 Total 2-Parcial	44 42 00	0,00								

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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-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

Mac

Mac

