



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS	406414	5-Data de Emissão da Guia	12/11/11 11/2/10	6-Data de Anulação	10/11/12 11/2/10	8-Centro	AUTORIZADO	9-Número de Guia Principal	8096348	7-Data Validade da Guia	12/11/12 11/2/11
----------------	--------	---------------------------	------------------	--------------------	------------------	----------	------------	----------------------------	---------	-------------------------	------------------

10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
------------	------------------------	------------------------------	--	---------------------------------------	--

13-Nome	ELIZABETH HELEM DE SOUZA SILVA	14-Telefone	(11) 40111991	15-Nome do Sítio do Plano	TATIANE TRINDADE ALVES
---------	--------------------------------	-------------	---------------	---------------------------	------------------------

16-Atendimento a RM	N	17-Nome do Profissional Solicitante	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Matrimo no CRO	5480	19-UF	AM	20-Código CBO S	025
---------------------	---	-------------------------------------	------------------------------	-------------------	------	-------	----	-----------------	-----

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1301912191415121712	22-Nome do Contrato Executante	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	23-Matrimo no CRO	5480	24-UF	AM	25-Código CNES		26-Código CBO S	
-------------------------------------	---------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------	------	-------	----	----------------	--	-----------------	--

25-Nome do Profissional Executante	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	27-Matrimo no CRO	5480	28-UF	AM	29-Código CBO S		30-Enviar - RX		31-Faturar Empresa	
------------------------------------	------------------------------	-------------------	------	-------	----	-----------------	--	----------------	--	--------------------	--

32-Endereço		33-Cidade/Estado		34-Fone		35-CID		36-Cidade/Estado US		37-Volter		38-Franquia/Co-participação RS		39-Ativ		40-Data de Realização		41-Matrimo da Oper		42-Assinatura	
-------------	--	------------------	--	---------	--	--------	--	---------------------	--	-----------	--	--------------------------------	--	---------	--	-----------------------	--	--------------------	--	---------------	--

30-Taxa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Fone	35-CID	36-Cidade/Estado US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação RS	39-Ativ	40-Data de Realização	41-Matrimo da Oper	42-Assinatura
10	10101815110101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2	101018151101012118	RESTAURAÇÃO RESINA	OMD	11	12	10	10	10	10	10	10	10
3	101018151101012118	RESTAURAÇÃO RESINA	IVP	11	12	10	10	10	10	10	10	10
4	101018151101012118	RESTAURAÇÃO RESINA	VMP	11	12	10	10	10	10	10	10	10
5	101018151101012118	RESTAURAÇÃO RESINA	VMP	11	12	10	10	10	10	10	10	10
6	101018151101012118	RESTAURAÇÃO RESINA	MPV	11	12	10	10	10	10	10	10	10
7	101018151101012118	RESTAURAÇÃO RESINA	VPM	11	12	10	10	10	10	10	10	10
8	10101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	O	11	12	10	10	10	10	10	10	10
9	1010181511010121010	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	11	12	10	10	10	10	10	10	10
10	1010181511010121010	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	11	12	10	10	10	10	10	10	10

43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consulta 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1- Total 2- Parcela	46-Taxa Descontada US		47-Volter Total RS		48-Taxa Franquia (Co-participação) RS	
--	--	------------------------	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--	--------------------	--	---------------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, recebo a autorização 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), foram realizados (o/s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

53-Data, Nome e Assinatura do Contratado Responsável	ELIZABETH HELEM DE SOUZA SILVA	54-Data, Nome e Assinatura do Operador / Responsável	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO
--	--------------------------------	--	------------------------------

UNIVERSO ODONTO  
 Ana Amelia S. Pinheiro  
 Administradora  
 CRO-AM 183

Elizabete Helem de Souza Silva