



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012	4-Data de Autorização 13/08/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8244691	7-Data Validação da Guia 12/08/2012	464387 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 010201253384580000110031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Plano DAVI LUCAS DE JESUS DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LILIAN CASSIA DE JESUS DA SILVA
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	18-Número no CRO 16493	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------	--------------------

22-Código na Operadora - CRO / CPF 060112037554	23-Nome do Contratado Exequente CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	24-Número no CRO 16493	25-UF BA	26-Código CBO S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

27-Nome do Profissional Exequente CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	28-UF BA	29-Código CBO S
---	-------------	-----------------

30-Tabula	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-Maior da Classe	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	19/08/2012		Lilian
2-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	19/08/2012		Lilian
3-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	19/08/2012		Lilian
4-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	19/08/2012		Lilian
5-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	19/08/2012		Lilian
6-010	84000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	12,00	0,00		S	19/08/2012		Lilian
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 246,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e da 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.

50-Nome e Assinatura do Contratado Beneficiário Lilian	51-Nome e Assinatura do Responsável Lilian	52-Nome e Assinatura do Beneficiário / Responsável Lilian	53-Nome e Assinatura da Empresa Lilian
---	---	--	---

UNIOB - Dentista
CR010310700

CR010310700