

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



306326
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/2014 4-Data de Autorização 11/04/2014 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7511219 7-Data Validade da Guia 11/03/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025291655400001101 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome TONY ERICK CORREA COUTINHO 06/10/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano TONY ERICK CORREA COUTINHO

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 21-Valor 025 - Faturar Empresa

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 Recusa	42- Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,10,00	0,00	S	11/04/2014	1-1000	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6,10,00	0,00	S	11/04/2014	1-1000	
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,10,00	0,00	S	11/04/2014	1-1000	
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6,10,00	0,00	S	11/04/2014	1-1000	
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,10,00	0,00	S	11/04/2014	1-1000	
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6,10,00	0,00	S	11/04/2014	1-1000	
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6,10,00	0,00	S	11/04/2014	1-1000	
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-1-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-1-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) 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 pagar, com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/04/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA CONCLUÍDA

Tony Erick Correa Coutinho