

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/2011 4-Data de Autorização 11/04/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7509664 7-Data Validade da Senha 12/07/2012

306122
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025297003000001101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JHONY RONEY DE SENA AMARAL 04/02/1988 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JHONY RONEY DE SENA AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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 93894813253 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-Cir	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			13/04/2011		Jhony
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofonia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 48-Valor Total R\$ 49-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) 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

40-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Dia, local e Contributo da Empresa

Jhony Roney de Sene Amaral