

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 4064114	3-Dia de Emissão da Guia 13/11/08	4-Dia de Autorização 12/8/09	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836850	7-Dia Validade da Guia 12/9/11
---------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

367361
 INTERCÂMBIO

8-Planeta POS REDE PRESTADORA	9-Plano 27/03/2005	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional da Saúde
----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
IGOR KAUA DOS SANTOS MORAES

14-Telefone
71 9911 10051-219118

15-Nome do Titular do Plano
ELIZANE PASSOS DOS SANTOS

16-Atendimento a RN
CLINICA ORAL D - MATRIZ

17-Número no CRO
4114

18-UF
AM

19-Código CBO S
04

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP
5194411038253

22-Nome do Contratado Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO
4114

24-UF
AM

25-Código CBO S
025 -

26-Código CBO S
025 -

27-Nome da Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	28-UF AM	29-Código CBO S 025 -	30-Data Realização 11/11/08	31-Motivo da Guia 42-Ausência
--	-------------	--------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cuid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	14	0	1	3,4	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,1	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,1	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8,8	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8,8	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
9-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
10-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
11-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
12-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
13-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
14-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	
15-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	46	OV	1	3,5	1,00	0,00	0,00	11/11/08	Elizane	

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/08	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 44,50	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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) 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-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/08 PRO DR. AGUIAR	51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08 PRO DR. AGUIAR	52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/08 PRO DR. AGUIAR	53-Dado local e Carimbo da Empresa 13/11/08
---	---	---	--

54-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/08 PRO DR. AGUIAR

55-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/08 PRO DR. AGUIAR

56-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/08 PRO DR. AGUIAR