

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 9/12/0	4-Data de Autorização 12/8/10 9/12/0	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905715	7-Data Validade da Semeta 12/3/11 12/12/0
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

8-Data de Beneficiário 0/0/2/0 2/5/3/2 1/0/9/0 0/0/0/0 1/0/1/	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Semeta 1/1/1/1/1/1/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome REGIANE DE ALMEIDA MONTEIRO	22/10/1987	14-Telefone (91) 9911838628	15-Nome do titular do plano REGIANE DE ALMEIDA MONTEIRO
--	------------	--------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15/9/4/4/1/0/3/8/2/5/3/	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome da Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registre	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/09/20	Regiane	
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V		16,10	0,00			11/09/20	Regiane	
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V		16,10	0,00			11/09/20	Regiane	
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				36,10	0,00			11/09/20	Regiane	
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				36,10	0,00			11/09/20	Regiane	
6-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				36,10	0,00			11/09/20	Regiane	
7-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				36,10	0,00			11/09/20	Regiane	
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1/	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 30,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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(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-Operadora

50-Dado, local e Assinatura do Contratado-Dentista 12/8/10 9/11/20 Dia: 09/11/20	51-Dado, local e Assinatura do Contratado-Dentista 12/8/10 9/11/20 Dia: 09/11/20	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 9/11/20	53-Dado, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1/1/1/
---	---	--	---

Regiane De Almeida Monteiro