

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329897
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 6/12 01	4-Data de Autorização 12/6/10 6/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662336	7-Data Validade da Senha 12/3/10 9/12 01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020253063170000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
MARCIO DE SOUZA DIAS JUNIOR

17/03/2001

14-Telefone
(11) 911517189611

15-Nome do titular do plano
IVANE RODRIGUES BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1918948113253	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 CEO 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 da Class 42-Assinatura
1-01081511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Boone
2-01081511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Boone
3-01081511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Boone
4-01081511001916		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Boone
5-0108121000875		EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Boone
6-0108121000875		EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Boone
7-0108121000875											
8-0108121000875											
9-0108121000875											
10-0108121000875											
11-0108121000875											
12-0108121000875											
13-0108121000875											
14-0108121000875											
15-0108121000875											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	390,00	0,00	0,00

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 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.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/20	52-Data, local e Assinatura do Responsável 29/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------

Ivane Rodrigues Barbosa