



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

429776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/07/11 11/20	3-Data de Autorização 13/07/11 11/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8097914	6-Data Validade da Senha 12/05/10 12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020253368100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IOMAR DA SILVA SALES		14-Telefone 21/05/1996 () () () () () () () () () ()		15-Nome do titular do plano IOMAR DA SILVA SALES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		18-Número no CRD 5480	19-UF AM	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3092941152721		22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		23-Número no CRD 5480	24-UF AM
25-Código CNEB		26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		27-Número no CRD 5480	28-UF AM
29-Código CBO S		30-Valor 025 -		31-Valor 025 -	
32-Valor 025 -		33-Valor 025 -		34-Valor 025 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd
1-01018110000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34
2-01018110000026		RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMDP	1
3-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1
4-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
5-01018110000026		RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMDP	1
6-01018110000018		RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1
7-01018110000018		RESTAURAÇÃO RESINA	23	VDP	1
8-01018110000020		RESTAURAÇÃO RESINA	27	VO	1
9-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1
10-01018110000020		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1
11-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
12-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
13-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
14-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
15-01018110000019		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1942,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), 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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Operador Dentista Solicitante 11/11/11					
51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 11/11/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11					
53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/11					

UNIVERSO ODONTO
Ana Amélia S. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 163