

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/07/2012 4-Data de Autorização 12/08/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7738801 7-Data Validade da Senha 12/05/2012

346454
 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00020253083620000001010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome JULIA EFIMNY SILVA AZEVEDO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JULIA EFIMNY SILVA AZEVEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteramento 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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			12/07/2012		Julia
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/07/2012		Julia
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/07/2012		Julia
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/07/2012		Julia
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/07/2012		Julia
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			12/07/2012		Julia
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			12/07/2012		Julia
8-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			12/07/2012		Julia
9-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			12/07/2012		Julia
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os requisitos, 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. Deixo 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.

Para os elementos 38-48 anexar cópia para análise na produção.

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/07/2012 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/07/2012 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/2012 53-Data Local e Carimbo da Empresa

Julia Efimny Silva Azevedo