

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Regulativo ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2017	4-Data de Autorização 15/10/2017	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7705124	7-Data Validade da Semana 12/10/2017
----------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

339195
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10020201253073156000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FABIO JUNIOR CAMBRAIA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABIO JUNIOR CAMBRAIA
16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO		
17-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563
24-Data de Realização 24/07/1980	25-Código CNES 563	26-Código CBO S 563
27-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	28-UF AP	29-Código CBO S 563



30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clin	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,00			15/07/20		Fabio
2-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	0,00			15/07/20		Fabio
3-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	0,00			15/07/20		Fabio
4-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	0,00			15/07/20		Fabio
5-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	3,5	0,00			15/07/20		Fabio
6-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
7-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
8-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
9-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
10-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
11-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
12-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	M	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
13-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6,1	0,00			15/07/20		Fabio
14-00	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	7,3	0,00			15/07/20		Fabio

43-Data Prevista 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 1735,00	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/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 de quem-Debitou o Valor 15/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/07/20
---	---	---	---

Fabio Junior Cambraia