



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337180
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/01/07/12/01	4-Data de Autorização 11/31/07/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7695992	7-Data Validade da Senha 10/08/11/01/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102153073870001011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CAROLINE MONTEIRO DE OLIVEIRA	29/08/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAROLINE MONTEIRO DE OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1913894813253	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00		S	13/07/07		Caroline
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00		S	13/07/07		Caroline
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00		S	13/07/07		Caroline
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00		S	13/07/07		Caroline
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00		S	13/07/07		Caroline
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,10	0,00		S	13/07/07		Caroline
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,10	0,00		S	13/07/07		Caroline
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,10	0,00		S	13/07/07		Caroline
9-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,80	0,00		S	13/07/07		Caroline
10-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	8,80	0,00		S	13/07/07		Caroline
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,10	0,00		S	13/07/07		Caroline
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 594,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/07/07	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/07	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Caroline Monteiro de Oliveira