

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2012	4-Data de Autorização 10/08/2012	5-Data de Autorizado	6-Número da Guia Principal 7688789	7-Data Validade da Semina 10/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

335599
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202530690000010101	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 MARIA DO CARMO MALAFAIA TAVARES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO MALAFAIA TAVARES	16-Data Validade da Guia	

CONCLUIDA

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

(I) 85100200

(I) 85100200



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-Fase	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	HAID	1	1	3,40	0,00	0,00	S	23/05/12		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/05/12		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/05/12		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/05/12		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/05/12		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HAIE	1	1	6,10	0,00	0,00	S	23/05/12		
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OV	1	1	8,80	0,00	0,00	S	23/05/12		
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	VO	1	1	8,80	0,00	0,00	S	23/05/12		
9-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	VO	1	1	8,80	0,00	0,00	S	23/05/12		
10-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	VO	1	1	8,80	0,00	0,00	S	23/05/12		
11-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	VO	1	1	8,80	0,00	0,00	S	23/05/12		
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	VO	1	1	6,10	0,00	0,00	S	23/05/12		
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	6,10	0,00	0,00	S	23/05/12		
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	6,10	0,00	0,00	S	23/05/12		
15-00												

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

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 23/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/05/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Assinatura do Carimbo Malafaia Tavares.