



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão do Guia 03/11/2012		4-Data de Autorização 10/11/2012		5-Semha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7930479		7-Data Validade da Semha 10/11/2012	
8-Número da Carteira 00020253216070000010102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome KLEBER ALBUQUERQUE PENA				14/03/1985				14-Teléfono () -			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO				18-Número no CRO 563			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253				22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO				23-Número no CRO 563			
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO				27-Número no CRO 563				28-UF AP			
29-Código CBO S				30-Código CBO S				31-Código CBO S			
32-Descrição				33-Dente/Régio				34-Face			
35-Quantidade US				36-Valor				37-Franquia/Co-participação R\$			
38-Franquia/Co-participação R\$				39-Aut				40-Data de Realização			
41-Motivo da Glosa				42-Assinatura							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Quantidade US	36-Valor	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,5	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
2	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3,5	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
3	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3,5	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
4	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3,5	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
5	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
6	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
7	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
8	00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	7,3	10,0	0,00		10/11/2012		Kleber
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	396,00	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) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Kleber Albuquerque Pena