

2-N^o

317540
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/17/0105/1201

4-Data de Autorização
10/21/0106/1201

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7597967

7-Data Validade da Senha
12/15/018/1201

317540
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira
010202025302210800010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LISANNE DE MORAIS SOUSA PEREIRA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
LISANNE DE MORAIS SOUSA PEREIRA

16-Adiantamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO
563

19-UF
AP

20-Código CBO S

21-Código no CRO
563

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

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
HASD

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
34,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
PROFILAXIA: POLIMENTO

33-Dente/Região
HASE

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
35,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
PROFILAXIA: POLIMENTO

33-Dente/Região
HAIE

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
35,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
PROFILAXIA: POLIMENTO

33-Dente/Região
HAID

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
35,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
16

34-Face
M

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
24

34-Face
O

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
26

34-Face
O

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
9

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
10

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
11

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
12

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
13

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
14

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
15

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Valor
61,00

37-Quantidade US
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
06/11/20

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
357,00

47-Valor Total R\$
357,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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.

Observação

53-Dato, local e Carimbo da Empresa

lo / Responsável

02/06/201

✕ Blizanne de Kocais Sousa Pereira