

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



343753
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012 4-Data de Autorização 12/10/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7725745 7-Data Validade da Semeta 12/10/2012

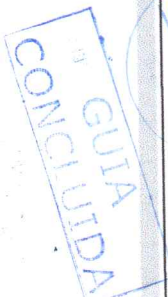
Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201253082690000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 018

13-Nome MATEUS FRAZAO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 22-Nome do Contratado/Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CUES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 30-Valor 025 - Faturar Empresa



Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	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	34,00	0,00		S	28/07/20		Paula
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/07/20		Paula
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/07/20		Paula
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/07/20		Paula
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/07/20		Paula
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	28/07/20		Paula
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 723,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paula Frazao Oliveira