

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321912
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/2012	4-Data de Autorização 10/06/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7621247	7-Data Validade da Sentença 06/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA PAULA SILVEIRA SOUSA		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano MARIA PAULA SILVEIRA SOUSA
---------------------------------------	--	------------------------	---

16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO		18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S	025 -
--	--	-------------------------	-------------	-----------------	-------

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 CNES	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-38 (I) 82001294-48
---	--	---	--	-------------------------	-------------	----------------	--

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
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
2-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
3-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
4-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
5-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
6-000182000875		EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
7-000182000875		EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
8-000182001294		REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
9-000182001294		REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00			19/06/2012	12 Maria Paula Sousa
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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 692,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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), foliaram 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 19/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

Maria Paula Silveira Sousa