

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



333206
INTERCAMBIO

Regulador ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 10/12/10
4-Data de Autorização 10/12/10
5-Semeta AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 767809
7-Data Validade da Semeta 13/01/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102530618870000010101011
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAELA SANTOS DA COSTA
30/08/1984
14-Telefone
15-Nome do Titular do plano RAFAELA SANTOS DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1913894813253
22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
23-Número no CRO 563
24-UF AP
25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			10/12/10		Rafaela
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			10/12/10		Rafaela
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			10/12/10		Rafaela
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			10/12/10		Rafaela
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			10/12/10		Rafaela
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	1	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	1	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	1	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	1	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	6,10	0,00			10/12/10		Rafaela
14-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MO	1	8,80	0,00			10/12/10		Rafaela
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-1-Tipo de Atendimento
45-1-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
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) 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

imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/11/210
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/11/210
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Rafaela Santos da Costa