

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 11/05/2012 4-Data de Autorização 17/07/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Nº de Guia Principal 708761 7-Data Validade da Semeta 13/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0020253023560000102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JOAO VITOR SANTIAGO RIBEIRO

23/06/1999

14-Telefone

15-Nome do titular do plano LUCIANA FERREIRA VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CEO S

025 - Faturar Empresa

21-Código do Operador / CNPJ / CPF

193894813253

22-Nome do Contratado Executante

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 CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	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	081001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	13/07/20		
2-00	084001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	13/07/20		
3-00	084001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	13/07/20		
4-00	084001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	13/07/20		
5-00	084001198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	13/07/20		
6-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	15,00	0,00		S	13/07/20		
7-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
8-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
9-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
10-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
11-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
12-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
13-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
14-00	085101196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	16,00	0,00		S	13/07/20		
15-00												

43-Data 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 7123,00

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar 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

ALESSANDRA BRITO LOBATO

JOAO VITOR SANTIAGO RIBEIRO

João Vitor Santiago Ribeiro