

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359638
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2010 4-Data de Autorização 11/08/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 77999941 7-Data Validade da Série 11/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10012025311869000010011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome

RAVENA SILVA SANTOS 28/06/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RAVENA SILVA SANTOS 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200

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 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
6-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OP	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
7-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	D	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
8-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
9-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
10-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
11-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OV	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
12-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OV	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
13-000	82000087	EXODONTIA SIMPLES DE	1	1	1	7,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ravenna
14-000												
15-000												

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 782,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 obrigações 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), foram realizados 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2010 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/2010

Ravenna Silva Santos