

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



308936
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/08/2014	4-Data de Autorização 10/06/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7533951	7-Data Válidade da Série 12/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

308936
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10102102152152152177010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARIANE ALEXANDRA MULLER	16/01/1998	14-Telefone ()	15-Nome do titular da plano ARIANE ALEXANDRA MULLER	

CONCLUIDA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-LUF AP	20-Código CBO S
--------------------------	--	-------------------------	--------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19138948113253	22-Nome do Contratado Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-LUF AP	25-Código CHES
---	---	-------------------------	--------------	----------------

26-Nome do Profissional Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-LUF AP	29-Código CBO S
---	-------------------------	--------------	-----------------

GUIA
ENTRADA
01/06/2015

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francela/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Situação	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00		S	06/05/2015		Juiane
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00		S	06/05/2015		Juiane
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00		S	06/05/2015		Juiane
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00		S	06/05/2015		Juiane
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												
17-00												
18-00												
19-00												
20-00												
21-00												
22-00												
23-00												
24-00												
25-00												
26-00												
27-00												
28-00												
29-00												
30-00												
31-00												
32-00												
33-00												
34-00												
35-00												
36-00												
37-00												
38-00												
39-00												
40-00												
41-00												
42-00												
43-00												
44-00												
45-00												
46-00												
47-00												
48-00												
49-00												
50-00												
51-00												
52-00												
53-00												
54-00												
55-00												
56-00												
57-00												
58-00												
59-00												
60-00												
61-00												
62-00												
63-00												
64-00												
65-00												
66-00												
67-00												
68-00												
69-00												
70-00												
71-00												
72-00												
73-00												
74-00												
75-00												
76-00												
77-00												
78-00												
79-00												
80-00												
81-00												
82-00												
83-00												
84-00												
85-00												
86-00												
87-00												
88-00												
89-00												
90-00												
91-00												
92-00												
93-00												
94-00												
95-00												
96-00												
97-00												
98-00												
99-00												
100-00												

43-Data Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Francela / Co-participação R\$
	1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodentia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	10,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, hora e Assinatura do Profissional Solicitante	51-Data, hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, hora e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, hora e Carimbo da Empresa

Juiane Alessandra Muller