

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339882
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7707994 7-Data Validade da Senha 13/11/2012

8-Número da Carteira 00202530815300000101012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LUANA DOS SANTOS DE MATOS 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ROGERIO ALVES MIRANDA 16-Data de Realização 41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura

17-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RV 19-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 20-Código do Profissional 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Código CBO S 563 27-Valor AP 28-UF AP 29-Código CBO S 563 30-Franchise/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchise/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura



30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-000	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	21/03/2012		
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	21/03/2012		
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	21/03/2012		
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	21/03/2012		
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	21/03/2012		
6-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	1	1	61,00	0,00		S	21/03/2012		
7-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	1	1	61,00	0,00		S	21/03/2012		
8-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	1	1	61,00	0,00		S	21/03/2012		
9-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	1	1	61,00	0,00		S	21/03/2012		
10-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	1	1	61,00	0,00		S	21/03/2012		
11-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1	61,00	0,00		S	21/03/2012		
12-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	88,00	0,00		S	21/03/2012		
13-000												
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-Parcela 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchise / 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 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

21/03/2012 21/03/2012 21/03/2012 21/03/2012

LUANA DOS SANTOS DE MATOS