

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/2012	4-Data de Autorização 08/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685075	7-Data Validade da Senha 04/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

334779
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0020253068650000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANA ARAUJO AMARAL	07/07/1989	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ADRIANA ARAUJO AMARAL	16-Data Validade da Guia 07/07/1989

GUIA
CONCLUIDA

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253	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	30-Data de Realização 07/07/2012	31-Motivo da Glosa
--	-------------------------	-------------	-----------------	--	---	-------------------------	-------------	----------------	---	-------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------------	--------------------



30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810000130	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	07/12		Araújo
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	07/12		Araújo
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	07/12		Araújo
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	07/12		Araújo
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	07/12		Araújo
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	61,00	0,00		S	07/12		Araújo
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ /	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	72,30	10,00	

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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/07/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/2012	53-Data, local e Contributo da Empresa / /
---	--	---	---

Adriana Araújo Amaral