

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1º Agente ANS 406414 3º Data de Emissão da Guia 10/06/10 4º Data de Autorização 10/08/10 5ª Sessão AUTORIZADO 6º Número da Guia Principal 7683728 7º Data Validade da Sessão 10/04/11 8º Data Validade da Guia 10/12/10

334454
INTERCAMBIO

8º Número da Carteira 10/02/02 9º Plano POS REDE PRESTADORA 10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11º Data Validade da Carteira 12º Número do Cartão Nacional de Saúde 13º Nome SARINA MICHELE COSTA DE SOUZA 09/03/1985 14º Telefone 15º Nome do titular do plano MARINETTE COSTA DE AZEVEDO

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16º Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO 17º Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18º Número no CRO 563 19º UF AP 20º Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21º Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/38/94813253 22º Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23º Número no CRO 563 24º UF AP 25º Código CNES 26º Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27º Número no CRO 563 28º UF AP 29º Código CBO S



30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faces	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- 0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
2- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
5- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
7- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
8- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
9- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
10- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
11- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
12- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
13- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0 *	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0		S. 023/04
14- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
15- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										

43- Data Prevista 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 16,62 47- Valor Total R\$ 10,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/04/10 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/10 53- Data, local e Cálculo da Empresa

Sarina Michele Costa de Souza