

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2016	4-Data de Autorização 11/08/2016	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7640990	7-Data Validade da Sentença 15/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

325834
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10102012530345200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/07/2016	12-Número do Cartão Nacional de Saúde CONCLUIDA
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome
ROSEANE OLIVEIRA PRESTES

25/06/1992

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ROSEANE OLIVEIRA PRESTES

GUIA
CONCLUIDA

16-Aliamento a RN N	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 1938914813253	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	025 - Faturar Empresa
------------------------	--	-------------------------	-------------	-----------------	--	---	-------------------------	-------------	----------------	---	-------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glase	42-Assinatura
1-010	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00						Roxane
2-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00						Roxane
3-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00						Roxane
4-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00						Roxane
5-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00						Roxane
6-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	16,00						Roxane
7-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	16,00						Roxane
8-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	16,00						Roxane
9-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	16,00						Roxane
10-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	16,00						Roxane
11-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	16,00						Roxane
12-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	16,00						Roxane
13-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	16,00						Roxane
14-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16,00						Roxane

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/07/2016	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofonia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 723,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 ancor com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 esse 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 2006/2006/2006	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2006/2006/2006	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2006/2006/2006	53-Data, local e Carimbo da Empresa 2006/2006/2006
---	---	---	---

Roxane Oliveira Prestes