

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



327000
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/2012	4-Data de Autorização 24/06/2012	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7646750	7-Data Validade da Sentia 17/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00202530360700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	---

13-Nome JOELSON MORAES MARTINS	14-Telefone	15-Nome do titular do plano JOELSON MORAES MARTINS
-----------------------------------	-------------	---

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-UF AP	20-Código CBO S
--------------------------	--	-------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 183894813253	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
---	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1	00081001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/06/20	Joelson
2	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			24/06/20	Joelson
3	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			24/06/20	Joelson
4	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			24/06/20	Joelson
5	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			24/06/20	Joelson
6	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
7	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
8	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
9	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
10	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
11	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
12	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
13	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
14	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			24/06/20	Joelson
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-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1723,00		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 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 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 24/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

x Joelson Moraes Martins