



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2013 4-Data de Autorização 13/10/2013 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7476574 7-Data Validade da Semeta 10/10/2016 8-Data Validade da Guia 10/10/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528719120000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade de Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Data Validade da Guia 10/10/2016

13-Nome SANDRA DE SOUZA

14-Teléfono 19/09/1961

15-Nome do titular no plano CARLASANDRA DE SOUZA MELO

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Averamento a R# ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-JF AP

20-Código CBO S

22-Nome do Contratado Responsável ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-JF AP

25-Código CNES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19389148132153 22-Nome do Contratado Responsável ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-JF AP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO 563

28-JF AP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			13/03/2013		Sandra
2	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			13/03/2013		Sandra
3	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			13/03/2013		Sandra
4	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			13/03/2013		Sandra
5	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			13/03/2013		Sandra
6	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			13/03/2013		Sandra
7	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			13/03/2013		Sandra
8	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,80	0,00			13/03/2013		Sandra
9	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			13/03/2013		Sandra
10	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			13/03/2013		Sandra
11	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00			13/03/2013		Sandra
12	00082000859	EXODONTIA DE RAIZ		1	1	7,30	0,00			13/03/2013		Sandra
13												
14												
15												

43-Data Provisória Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 640,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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) acima elencado(s) foram realizados 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, em meus custos conforme previsto em contrato.

50-Dados Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 51-Dados Local e Assinatura do Profissional 52-Dados Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados Local e Assinatura do Profissional

Sandra de Souza

GUIA
010620

300331
INTERCÂMBIO