

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



329892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 06/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662281	7-Data Validade da Senha 12/03/10 09/12 01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
-----------------------	--	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MARCIO DE SOUZA DIAS JUNIOR	14-Telefone (11) 91157189611	15-Nome do titular do plano IVANE RODRIGUES BARBOSA
--	---------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
2-01084400198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
3-01084400198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
4-01084400198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
5-01084400198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
6-01081100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
7-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
8-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
9-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
10-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
11-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
12-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
13-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Bene
14											
15											

43-Data Fim/Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

29/06/20

Ivane Rodrigues Barbosa

CONCLUIDA



025 - Faturar Empresa