

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414
2-Sede de Emissão da Guia 12/7/10 2/12/10
3-Data de Autorização 12/7/10 2/12/10
4-Semana AUTORIZADO
5-Número da Guia Principal 7434375
6-Data Validade da Guia 12/7/10 5/12/10

292735
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100210212528631110000000100102
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Nome do titular do plano ELIZETE SANTOS BARROS
13-Nome PABLO YOHAN BARROS SOUSA
14-Data Validade da Guia 12/7/10 5/12/10
15-Número do Cartão Nacional da Saúde
16-Atendimento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO
18-UF AP
19-Código CBO S
20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913894813253
22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
23-Número no CRO 563
24-UF AP
25-Código CNES
26-UF AP
27-Número no CRO 563
28-UF AP
29-Código CBO S
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
31-Código do Procedimento 32-Descrição APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR
33-Dente/Região 34-Fraco 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Previsto 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-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$



GUIA
CONCLUÍDA

16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 -	
N		ALESSANDRA BRITO LOBATO		563		AP				Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES			
9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3		ALESSANDRA BRITO LOBATO		563		AP					
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S					
ALESSANDRA BRITO LOBATO		563		AP							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Ornate Região		34-Fraco		35-Cid	
1-0 0 8 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR						1		7 2 0 0	
2-										0 0 0	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
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 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1- Total 2-Parcial		7 2 0 0		0 0 0 0			
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 assinate 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
0-Justificação											

GUIA

ENTREGUE

05/06/2020

07/06/2020

Elise