

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329869
 INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
 12/3/10 9/12/10

6-Número da Guia Principal
 7662144

5-Senha
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 12/6/10 6/12/10

3-Data de Emissão da Guia
 12/5/10 6/12/10

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS
 406414

8-Número da Carteira
 10/02/02 53027540000010101

6-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
 11/1/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
 DANILO GOMES FURTADO

29/03/1989

14-Telefone
 (11) 11111111

15-Nome do titular do plano
 DANILO GOMES FURTADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 ALESSANDRA BRITO LOBATO

22-Nome do Contratado Executante
 ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO
 563

19-UF
 AP

20-Código CBO S
 563

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 093894813253

23-Número no CRO
 563

24-UF
 AP

25-Código CNES
 563

26-Nome do Profissional Executante
 ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO
 563

28-UF
 AP

29-Código CBO S
 563



025 -
 Faturar Empresa

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 Glusa 42-Assinatura
1-010181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
2-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
3-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
4-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
5-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
6-010185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
7-010182000875		EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
8-010182000875		EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
9-010182000875		EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	26/06/20	Daniilo
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\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura da Empresa

26/06/20

563

11/11/11

26/06/20

454,00

0,00

0,00

0,00

Daniilo Gomes Furtado