

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329648
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7660989	7-Data Validade da Sinistro 12/03/2019
--------------------------	---	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0020202530275400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CARLA DA CONCEICAO NASCIMENTO FURTADO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DANILO GOMES FURTADO
--	------------------------------	---

16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S	21-UF AP	22-Código CNES	23-UF AP	24-UF AP	25-Código CBO S	26-UF AP	27-Código CBO S
---------------------------	--	-------------------------	-------------	-----------------	-------------	----------------	-------------	-------------	-----------------	-------------	-----------------

28-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	29-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	30-Número no CRO 563	31-Número no CRO 563
--	---	-------------------------	-------------------------

32-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	33-Data de Realização	34-Data de Realização	35-Data de Realização	36-Data de Realização	37-Data de Realização	38-Data de Realização	39-Data de Realização	40-Data de Realização	41-Data de Realização
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

32-Descrição	33-Quantidade US	34-Valor	35-Valor	36-Valor	37-Valor	38-Valor	39-Valor	40-Valor	41-Valor
--------------	------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
---------------	-----------------------	---	-------	------	------	------	------	------	------

2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
---------------	-----------------------	---	-------	------	------	------	------	------	------

3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
---------------	-----------------------	---	-------	------	------	------	------	------	------

4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
---------------	-----------------------	---	-------	------	------	------	------	------	------

5-11111111111									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-11111111111									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7-11111111111									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8-11111111111									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9-11111111111									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10-11111111111									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11-11111111111									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12-11111111111									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13-11111111111									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14-11111111111									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15-11111111111									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43-Data Prevista 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\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
---------------	---	---	---

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 no 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.



Carla Conceição Furtado