

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



379549
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7887893	7-Data Validade da Sentença 12/01/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Nome da Carteira 01202531206900010103	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/11/2019	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome RICARDO DE LIMA DARMASSA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano OSCARINA DE LIMA DARMASSA
-------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO		17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -
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 CHES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			12/11/2019		Ricardo
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/11/2019		Ricardo
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/11/2019		Ricardo
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/11/2019		Ricardo
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,50	0,00			12/11/2019		Ricardo
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	6,10	0,00			12/11/2019		Ricardo
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	8,80	0,00			12/11/2019		Ricardo
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total US 323,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------	-----------------------------	---

49-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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2019

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2019

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/2019

Ricardo de Lima Darmassa