



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 12/01/21 3-Dia de Autorização 13/01/21 4-Sistema AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8244710 6-Dia Validade da Guia 12/01/21

464408 INTERCAMBIO

7-Solutor da Carteira 00021025338458000010101 8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 10-Telefone 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LILIAN CASSIA DE JESUS DA SILVA 14-Nome do titular do plano LILIAN CASSIA DE JESUS DA SILVA

15-Endereço do Consultório Responsável pelo Tratamento 16-Nome do Profissional Solicitante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO 17-Nome do Profissional Executante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO 18-Número no CBO 16493 19-UF BA 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 060112037554 22-Nome do Contratado Executante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO 23-Número no CBO 16493 24-UF BA 25-Enviar - RX 26-Código CNES 27-Número no CBO 16493 28-UF BA 29-Código CBO S 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	6 1 0 0	0 0 0	0	0 0	19/02/2021	Liliana
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1 4 0 0	0 0 0	0 0 0	0	0 0	19/02/2021	Liliana
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dia 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-Franquia 46-Total Quantidade US 7 5 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0

49-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 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.

50-Declaro e Assino a Guia de Tratamento Odontológico 51-Declaro e Assino a Guia de Tratamento Odontológico 52-Declaro e Assino a Guia de Tratamento Odontológico 53-Dia Validade da Guia 19/02/21 54-Dia Validade da Guia 19/02/21 55-Dia Validade da Guia 19/02/21