

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338540
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2017 4-Data de Autorização 14/10/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7701653 7-Data Validade da Senha 11/11/2017

8-Número da Carteira 101202153079130000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Plano JOANA FREITAS DE SOUZA 03/04/1982 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano JOANA FREITAS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

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 Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV 1	1	8,8	10,0	0,0	0,0	14/10/2017	20	Joana
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV 1	1	8,8	10,0	0,0	0,0	14/10/2017	20	Joana
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D 1	1	6,1	10,0	0,0	0,0	14/10/2017	20	Joana
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M 1	1	6,1	10,0	0,0	0,0	14/10/2017	20	Joana
5- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M 1	1	6,1	10,0	0,0	0,0	14/10/2017	20	Joana
6- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D 1	1	6,1	10,0	0,0	0,0	14/10/2017	20	Joana
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- Data Prevista 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 1420,00	47- Valor Total R\$ 10,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$							

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/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 Solicitante 14/10/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Joana Freitas da Souza