

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

312026
INTERCAMBIO

Região ANS 406414 **3-Dia de Emissão da Guia** 11/11/2015 **4-Dia de Autorização** 11/12/2015 **5-Sinal** AUTORIZADO **6-Número da Guia Principal** 7553960 **7-Dia Validade da Guia** 10/09/2018

8-Número da Carteira 1010202518864000011011 **9-Tipo** POS REDE PRESTADORA **10-Empresa** DENTAL UNI COOPERATIVA **11-Dia Validade da Carteira** 11/11/2015 **12-Número do Cartão Nacional de Saúde**

13-Nome THAIS FERNANDES SANTANA **29/03/1994** **14-Telefone** () - - - - - **15-Nome do titular do plano** THAIS FERNANDES SANTANA

16-Número no CRO 563 **19-LUF** AP **20-Código CBO S** 025 - **Faturar Empresa**

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO **18-Número no CRO** 563 **19-LUF** AP **20-Código CBO S** 025 - **Faturar Empresa**

21-Código na Operadora / CNP / CPF 913894813253 **22-Nome do Contratado Executante** ALESSANDRA BRITO LOBATO **23-Número no CRO** 563 **24-LUF** AP **25-Código CHES** **26-Nome do Profissional Executante** ALESSANDRA BRITO LOBATO **27-Número no CRO** 563 **28-LUF** AP **29-Código CBO S**

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Unidade/Região	34-Estado	35-Cidade	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franciamento/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			12/05/2015		Thais
2-00	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				3,50	0,00			12/05/2015		Thais
3-00	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				3,50	0,00			12/05/2015		Thais
4-00	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				3,50	0,00			12/05/2015		Thais
5-00	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				3,50	0,00			12/05/2015		Thais
6-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
7-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
8-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
9-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
10-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
11-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
12-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
13-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
14-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
15-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais
16-00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA				6,10	0,00			12/05/2015		Thais

43-Data Previsão Término do Tratamento **44-Tipo de Atendimento** 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Citodentia 4- Urgência/Emergência **45-Tipo de Fracionamento** 1- Total 2- Parcial **46-Total Quantidade US** 723,00 **47-Valor Total R\$** 0,00 **48-Total Franchise / Co-participação R\$**

Declaro, que após ler e compreender o presente, declaro, sob as penas da lei, que a(s) procedimento(s) descrito(s), acima, é (s) por mim assinado(s), e/ou 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-Assinatura do Profissional Solicitante **51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista** **52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável** **53-Dia, local e Carimbo da Empresa**

Thais Fernandes Santana

GUIA
ENVIADA
01/06/10

