

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A



325800  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2016 4-Data de Autorização 18/06/2018 5-Sente AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7640755 7-Data Validade da Sente 15/10/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202530334600000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARA SILVA DOS SANTOS 27/10/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARA SILVA DOS SANTOS

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Aliamento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (i) 82001294-38

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 CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Clid | 36-Quantidade US | 37-Valor   | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Mat | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Clasa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|---------|------------------|------------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 082001294                 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI | 38              | 1       | 186,00  | 0,00             | 18,06/2018 |                                 |        |                       |                    | Mara          |
| 2-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1       |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1      |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1      |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1      |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1      |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1      |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1      |                           |                        |                 |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Total Quantidade US 186,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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. Declino, 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 18/06/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Operatório / Responsável 18/06/2018 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Mara Silva dos Santos