



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2022	4-Data de Autorização 21/11/2022	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10703513	7-Data Validade da Serinha 15/10/2023
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	--	--

1268869
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0020255387560000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MATHEUS DE ASSUNCAO SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLIVIA DE PAULA ASSUNCAO NUNES
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO PRIME	18-Número no CRO 695	19-UF AP	20-Código CBO S 01
--------------------------	---	-------------------------	-------------	-----------------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121407372000107	22-Nome do Contratado Executante C. C. MARQUES NUNES - ME	23-Número no CRO 695	24-UF AP	25-Código CNES 7896913
--	--	-------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILA CRISTELE MARQUES NUNES	27-Número no CRO 695	28-UF AP	29-Código CBO S
---	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rengão	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	018	1000030CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00			S	03/01/23		BRUNO H. B.
2-0	018	5300047RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00			S	03/01/23		BRUNO H. B.
3-0	018	5300047RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00			S	03/01/23		BRUNO H. B.
4-0	018	5300047RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00			S	03/01/23		BRUNO H. B.
5-0	018	5300047RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00			S	03/01/23		BRUNO H. B.
6-									S	03/01/23		MATTHEWS
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exams Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1-Total 2-Parcial 178,00 0,00 0,00												

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) 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/11/2022	03/01/23	03/01/23	

Camila C. M. Nunes
Cirurgião - Dentista
CRO - AP - 695