

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 11/03/10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7690582 7-Data Validade da Semana 10/06/11 8-Data Validade da Guia 336029

INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANGELICA GOMES DA SILVEIRA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ANGELICA GOMES DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/08/94 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 CBO S

025 - Faturar Empresa

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	37	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0			13/05/20		Angélica
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	47	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0			13/05/20		Angélica
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 2 2 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 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 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(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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/05/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/20 53-Data, local e Contribuição da Empresa

