



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

463053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Cota de Emissão da Guia 2171011211	6-Cota de Autorização 2171011211	9-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8239026	7-Cota Validade da Guia 21710141211
Dados do Beneficiário					
12-Data de Nascimento 010202102535117780000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome BARBARA STEFANY SOUZA DA SILVA		14-Telefone 04/09/2001		15-Nome do titular do plano BARBARA STEFANY SOUZA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / LFP 3092914115272111		22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		23-Número no CRO 5480	24-UF AM
25-Nome do Profissional Exatante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		26-Número no CRO 5480		27-UF AM	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1
2-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
3-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1
4-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1
5-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1
6-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1
7-01018511002001		RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1
8-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
9-111111111111					
10-111111111111					
11-111111111111					
12-111111111111					
13-111111111111					
14-111111111111					
15-111111111111					
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo do Tratamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 511511001		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre o processo, custos, prazos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) não foi(m) 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 Contratado Solicitante 29/01/2021		51-Assinatura do Contratado Executante 29/01/2021		52-Assinatura do Contratado Responsável 29/01/2021	

BARBARA STEFANY SOUZA DA SILVA

UNIVERSO ODONTO
Ana Amélia F. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 183