

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



307913  
INTERCAMBIO

|                          |                                            |                                        |                       |                                       |                                           |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Dia de Emissão da Guia<br>12/10/14 12:01 | 4-Dia de Autorização<br>12/10/14 12:01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7523029 | 7-Dia Validade da Senha<br>12/10/17 12:01 |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                   |                                |                                      |                                         |                                                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0101202526151380010011011 | 9-Piano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Dia Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>WELLITON QUARESMA DE LIMA |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                               |                                                                |                         |                 |                                          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 16-Alterando a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 18-Número no CRO<br>563 | 19-UF<br>AP     | 20-Código CBO S<br>205 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1913894813253          | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO    | 23-Número no CRO<br>563 | 24-UF<br>AP     | 25-Código CINES                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 27-Número no CRO<br>563                                        | 28-UF<br>AP             | 29-Código CBO S |                                          |

Piano 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-Dia de Realização | 41-Motivo da Gloriosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|-----------------------|---------------|
| 1-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 3,5,0,0          | 0,0,0,0  |                                 | S      | 23/04/20             | WELLITON Q.           |               |
| 2-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 3,5,0,0          | 0,0,0,0  |                                 | S      | 23/04/20             | WELLITON Q.           |               |
| 3-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 3,5,0,0          | 0,0,0,0  |                                 | S      | 23/04/20             | WELLITON Q.           |               |
| 4-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 3,5,0,0          | 0,0,0,0  |                                 | S      | 23/04/20             | WELLITON Q.           |               |
| 5-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 6-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 7-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 8-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 9-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 10-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 11-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 12-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 13-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 14-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |
| 15-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                       |               |

|                                       |                        |                        |                        |                    |                                         |
|---------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Dia Previsão 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\$ |
|---------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                         |                                                             |                                                                     |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 50-Dia, hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>23/04/14 | 51-Dia, hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/11 | 52-Dia, hora e Assinatura do Profissional / Responsável<br>23/04/20 | 53-Dia, hora e Assinatura da Empresa<br>11/11/11 |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

WELLITON Q. de Lima

