

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



327933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 16/12/10	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 327933	7-Data Validade da Senha 12/10/19 11/12/10
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202529929200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALISAN FRANCIELE MENDONCA	14-Telefone () / /	15-Data Validade do plano ALISAN FRANCIELE MENDONCA
--------------------------------------	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mendicamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	18-Número no CRO 12061	19-UF SC	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10491715694930	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	23-Número no CRO 12061	24-UF SC	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	27-Número no CRO 12061	28-UF SC	29-Código CBO S
---------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glosa 42-Assinatura
1-010851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			12/10/19	ALISAN
2-010851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			12/10/19	ALISAN
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma salisfatória. 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 Responsável 12/10/19 ALISAN	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/10/19 ALISAN	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------