

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353934
INTERCAMBIO

1-Rolamento ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2018 4-Data de Autorização 12/05/2018 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7773933 7-Data Validade da Série 01/08/2019

8-Número da Carteira 0002025310947000001101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/05/2018 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THALMA SAMILA SILVA DOS SANTOS 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome do titular do plano THALMA SAMILA SILVA DOS SANTOS 16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 20/06/1998

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1913894813253 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 (1) 85100200 (1) 85100200

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-Frangula/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	08100001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
2-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
3-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
4-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
5-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
6-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
7-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
8-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
9-00	0851000200	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	88,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
10-00	0851000200	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	88,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
11-00	0851000200	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	88,00	0,00		S	08/09/20		Thalme
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 621,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Frangula / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Thalme Samila Silva dos Santos

Thalme Samila Silva dos Santos

GUIA
CONCLUIDA
08/10/20