

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019 4-Data de Autorização 13/01/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7885154 7-Data Validade da Guia 11/12/2019

378380
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101202532240100101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome MARCELO MENDONÇA PIRES 14-Telefone 05/08/1993 15-Nome do Titular do Plano MARCELO MENDONÇA PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000	810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			S	30/09/2019		Marcelo Mendonça Pires
2-000	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00			S	30/09/2019		Marcelo
3-000	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00			S	30/09/2019		Marcelo
4-000	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00			S	30/09/2019		Marcelo
5-000	840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00			S	30/09/2019		Marcelo
6-000	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00			S	30/09/2019		Marcelo
7-000	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00			S	30/09/2019		Marcelo
8-000	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	M	1	61,00			S	30/09/2019		Marcelo
9-000	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00			S	30/09/2019		Marcelo
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

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

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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/09/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Marcelo Mendonça Pires