

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

325682
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2019	4-Data de Autorização 18/06/2019	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7640315	7-Data Validade da Semha 15/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020253052540000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
LETICIA FERREIRA VIANA

08/07/1999

15-Nome do titular do plano
LETICIA FERREIRA VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S
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 CNES
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CEO 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
1-010811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
2-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
3-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
4-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
5-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
6-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
7-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
8-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
9-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
10-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
11-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
12-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/06/20	Letícia
13											
14											
15											

43-Data Previsto 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 601,00	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(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, compreendendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2019	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /
---	--	---	--

Letícia Ferreira Viana