

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2017	4-Data de Autorização 10/08/2017	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 7684951	7-Data Validade da Guia 10/04/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

334759
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10020215265710000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde CONCLUÍDA
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome ANA LICE DE ALMEIDA SILVA	25/12/1977	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA LICE DE ALMEIDA SILVA
--------------------------------------	------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -
--	--	-------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9138948113253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	-------------------------	-------------	-----------------------------------

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	08/04/20		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	08/04/20		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	08/04/20		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	08/04/20		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	08/04/20		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	16,00	0,00		S	08/04/20		
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	16,00	0,00		S	08/04/20		
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	16,00	0,00		S	08/04/20		
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão 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 357,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total 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 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 satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 08/04/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/04/2017
---	---	---	---

Ana Lize de Almeida Silva