

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

307214
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/04 12:00		4-Data de Autorização 04/11/06 12:00		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7518412		7-Data Validade da Senha 19/10/17 12:00																																					
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																					
8-Número da Carteira 000202524392800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		13-Nome MAYARA SILVA CUMARU		15-Nome do titular do plano MAYARA SILVA CUMARU																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										16-Atendimento a RN																																					
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		18-Número no CRO 563		19-UF AP		20-Código CEO S		25-Código CNES																																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0938948131253		26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563		24-UF AP		28-UF AP		29-Código CEO S																																					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura																															
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor																																	
1-0008110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		3		4		0		0																																	
2-0008440000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		3		5		0		0																																	
3-0008440000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		3		5		0		0																																	
4-0008440000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		3		5		0		0																																	
5-0008440000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		22		V		1		6		1		0																																	
6-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		13		P		1		6		1		0																																	
7-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		14		P		1		6		1		0																																	
8-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		17		O		1		6		1		0																																	
9-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		18		O		1		6		1		0																																	
10-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		26		O		1		6		1		0																																	
11-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		34		O		1		6		1		0																																	
12-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		35		O		1		6		1		0																																	
13-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		44		O		1		6		1		0																																	
14-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA																																													
15-0008510000196		RESTAURAÇÃO RESINA																																													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Fraturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação																																			
11/11/11		1		1		1		723,00		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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/06/20																51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/06/20																52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente MAYARA SILVA CUMARU															

GUIA ENVIADA 05/07/20
CONCLUIDA