



Requerimento para 2023 2021

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



479092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2021 4-Data de Autorização 11/08/2021 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8306971 7-Data Validade da Senha 11/09/2021

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 01012012535570110000101011 8-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARLENE SOARES BARBOSA

21-12/1996

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0121843111197811 22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES

23-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES

18-Número no CHD 14878 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200 27-Número no CHD 14878 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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 Guia	42-Assinatura
1-10	101811010001615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,4	10,0			11/08/2021		
2-10	101018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	18,8	10,0			11/08/2021		
3-10	101018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	1	18,8	10,0			11/08/2021		
4-10	101018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	1	18,8	10,0			11/08/2021		
5-10	101018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	18,8	10,0			11/08/2021		
6-10	101018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	18,8	10,0			11/08/2021		
7-10	101018151101019161	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	16,1	10,0			11/08/2021		
8-10	101018151101019161	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	16,1	10,0			11/08/2021		
9-10	101018121010081591	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	17,3	10,0			11/08/2021		
10-10	101018121010081591	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	17,3	10,0			11/08/2021		
11-10	101018121010081591	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	17,3	10,0			11/08/2021		
12-10	101018121010081591	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	17,3	10,0			11/08/2021		
13-10	101018121010081591	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	17,3	10,0			11/08/2021		
14-10	101018121010081591	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	17,3	10,0			11/08/2021		
15-10												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/2021

44-Tipo de Agendamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crocênia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1101341010

47-Valor Total R\$ 10,100 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 (s) procedimento(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2021

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2021

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2021

53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/2021

54-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/2021

Dr. Allan de Lima Lopes

Cirurgião Dentista

CRB 14.878 SC