

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



320126
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2020	4-Data de Autorização 01/03/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7611478	7-Data Validade da Senha 01/03/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252993910000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

LUANE DA SILVA RUY SECCO

03/01/2002

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

LUZILEIDE DA SILVA

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 CEO S
--------------------------	--	-------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

91319481312153

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



Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor 42-Assinatura
1-0008110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
2-0008140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
3-0008140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
4-0008140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
5-0008140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
6-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
7-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
8-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
9-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
10-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
11-000820008175		EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
12-000820008175		EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
13-000820008175		EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
14-000820008175		EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00	0,00		04/06/20	huane
15											huane

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 771,00	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 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 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 e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 04/06/20
 huane da Silva Ruy-Seco

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa