

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



433826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/112/12/10	4-Data de Autorização 10/09/112/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8114915	7-Data Validade da Sentença 10/03/103/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010121012151313181316110101010101101012	9-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 ADRIANA PAULA MORAIS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante ALLAN DE LIMA LOPES	18-Número no CRO 14878	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101218141311111917811111
22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES	23-Número no CRO 14878	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200	26-Código CBO S 14878	27-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES
Plano de Tratamento / Procedimentos Solidários					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-10101	8151100121010	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,810,00	10,10,00	10,10,00	11/16/112/12/10			
2-10101	8141010011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,510,00	0,10,00	0,10,00	11/14/101/21/10			
3-10101	8141010011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,510,00	0,10,00	0,10,00	11/14/101/21/10			
4-10101	8141010011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,510,00	0,10,00	0,10,00	11/14/101/21/10			
5-10101	8141010011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,510,00	0,10,00	0,10,00	11/14/101/21/10			
6-10101	815110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	11/16/112/12/10			
7-10101	815110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	11/16/112/12/10			
8-10101	8151100121010	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	8,810,00	10,10,00	10,10,00	11/16/112/12/10			
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/11/112/12/10

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Fraturamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Todo Quantidade US
14381010

47-Valor Total R\$
10101010

48-Todo Franquia / Coparticipação R\$
10101010

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(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 Solidante 10/11/112/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/112/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/112/12/10	53-Data, local e Contato da Empresa 10/11/112/12/10
--	--	--	--

Dr. Allan de Lima Lopes

Cirurgião Dentista
CRO 14.878 SC