



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



458301

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/2012	4-Data de Autorização 20/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8213560	7-Data Validade da Senha 20/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253362980000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARA BEATRIZ COSTA MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LARA BEATRIZ COSTA MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO DUDENT	18-Número no CRO 10273	19-UF DF	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86101560104	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO DE LIMA DIAS	23-Número no CRO 10273	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO DE LIMA DIAS		27-Número no CRO 10273	28-UF DF	29-Código CBO S

Faturar Empresa

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			20/01/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			20/01/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			20/01/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			20/01/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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	Dr. Leonardo Dias Cirurgião - Dentista CBO-DF 10273	Dr. Leonardo Dias Cirurgião - Dentista CBO-DF 10273
---------------	---	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--