

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329653
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/05/2016	3-Data de Autorização 12/06/2016	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7661039	6-Data Validade da Senha 23/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202025305741400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11		13-Data Validade da Guia 11/11/11	

13-Nome LUCAS MATHEUS LOBATO CORREA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano JUCIANE LOBATO DIAS	
--	--	------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 563		19-UF AP	
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		20-Código CBO S		21-UF AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913819481132153		22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		23-Número no CRO 563	
--	--	---	--	-------------------------	--

28-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563		29-UF AP	
---	--	-------------------------	--	-------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		36-Franquia/C-participação R\$		39-Aut	
30-Tabela		37-Valor		40-Data de Realização	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Franquia/C-participação R\$	37-Valor	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-010811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
2-010814000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
3-0108151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
4-0108151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
6-010813000089		EXODONTIA SIMPLES DE	71		1	73,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
6-010813000089		EXODONTIA SIMPLES DE	82		1	73,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
7-010813000089		EXODONTIA SIMPLES DE	72		1	73,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
8-010813000089		EXODONTIA SIMPLES DE	51		1	73,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
9-010813000089		EXODONTIA SIMPLES DE	61		1	73,00	0,00	S	27/06/20	Juciane
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 593,00	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 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 Solicitante 27/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/06/2016	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

Juciane Lobato Dias