

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

325826
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	3-Data de Autorização 18/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7640938	6-Data Validade da Senha 15/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020252967070000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NUBIA LAFAIETTE SILVA GUIMARAES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NUBIA LAFAIETTE SILVA GUIMARAES
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio 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 93894813253	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	29-Código CEO S

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 da Class 42-Assinatura
1-010811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
2-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
3-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
4-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
5-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
6-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
7-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
8-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	61,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
9-010812000875		EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	1	73,00	0,00		S	18/06/20	Exatibio
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 430,00	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) de(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 18/06/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/20	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------

Exatibio Lafaiette Silva Guimarães