

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



320628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2016	4-Data de Autorização 01/05/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7614275	7-Data Validade da Senha 01/02/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0102021530310000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		13-Nome HEITOR RANGEL LIMA DA FONSECA	14-Telefone () 9117215078	15-Nome do titular do plano CLARICE LIMA PEREIRA
---	--	--	-------------------------------	---

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 CBO S	21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 93814813253	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 CBO S
---	--	--------------------------	--	-------------------------	-------------	-----------------	--	---	-------------------------	-------------	----------------	---	-------------------------	-------------	-----------------

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 Glusa 42-Assinatura
1-0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	51 D	1	6100	0,00						
2-0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	52 M	1	6100	0,00						
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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 1122100	47-Valor Total R\$ 01010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 01010
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, compreendendo-me a pagar os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

Clarice Lima Pereira

