

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/2018	4-Data de Autorização 21/08/2018	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805432	7-Data Validade de Sanção 18/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

360838
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202529939100000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
00/00/00

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUZILEIDE DA SILVA

20/07/1970

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
LUZILEIDE DA SILVA

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ALESSANDRA BRITO LOBATO

22-Nome do Contratado Executante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO
563

19-UF
AP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
93894813253

22-Nome do Contratado Executante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

22-Número no CRO
563

24-UF
AP

25-Código CNES

26-UF
AP

29-Código CBO S

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-Tabulela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				21/08/20		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00				21/08/20		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00				21/08/20		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00				21/08/20		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00				21/08/20		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	61,00				21/08/20		
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61,00				21/08/20		
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	61,00				21/08/20		
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	D	1	61,00				21/08/20		
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00				21/08/20		
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00				21/08/20		
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00				21/08/20		
13-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00				21/08/20		
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00				21/08/20		
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Fracionamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 750,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante 21/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Luizleide da Silva

GUIA
CONCLUIDA