

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 09/12/21		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10406284		7-Data Validade da Senha 12/05/11 12/12/21		1160368 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10020205458469000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome ANTONIO CARLOS SILVA BANDEIRA				14-Teléfono ()				15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS SILVA BANDEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		18-Número no CRO 15789		19-UF GO		20-Código CBO S		2025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 372231740000123		22-Nome do Contratado Exequatante LIV. ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA		23-Número no CRO 15789		24-UF GO		25-Código CNES 9999999			
26-Nome do Profissional Exequatante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		27-Número no CRO 15789		28-UF GO		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-010185100200		RESTAURAÇÃO RESINA		28		OM		1		188100	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento 26/03/24		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 88100		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

41-Motivo da Closs 42-Assinatura
36-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Closs 42-Assinatura
36-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Closs 42-Assinatura

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/10/21/21. Aguiar

53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ / / / /

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/10/21/21. B. B. B.

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ / / / /

49-Observação

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.