



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
2 8 / 0 8 / 2 5

4-Data de Autorização
2 8 / 0 8 / 2 5

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
14304004

7-Data Validade da Senha
2 7 / 1 0 / 2 5

8-Número da Guia Secundária
2443124

9-Intercâmbio
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 2 3 6 2 6 8 0 0 0 0 1 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ISIS OLIVEIRA CRUZ

14-Teléfono
10/07/2019

15-Nome do titular do plano
THAINA OLIVEIRA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
HABIA ESTEVAO DE SIQUEIRA

18-Número no CRO
13617

19-UF
GO

20-Código CBO S
025 -

21-Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
5 9 7 8 3 3 9 8 0 0 0 1 2 2

22-Nome do Contratado Executante
BELVIV CLINICA LTDA

23-Número no CRO
15347

24-UF
GO

25-Código CNES
99999999

26-UF
GO

27-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
HABIA ESTEVAO DE SIQUEIRA

27-Número no CRO
13617

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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0	0,00			28/10/2015		Thaina
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	12/11/2015	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	3 4 0 0	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
28/10/2015 Habia Estevao

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/10/2015 Habia Estevao

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/10/2015 Thaina Oliveira

53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/10/2015 BELVIV LTDA

CNPJ: 59.783.398/0001-22

CRO: 4358-GO