



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/2021		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8519422		7-Data Validade da Sinthe 12/07/2021		533334 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0002025367920000000101										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
9-Plano POS REDE PRESTADORA										10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome VANDERLEIA FERREIRA MONTEIRO										11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
16-Atendimento a RN N										14-Telefone (11) 11111111	
17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										15-Nome do titular do plano VANDERLEIA FERREIRA MONTEIRO	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114112815411729111										18-Número no CRO 49467	
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										19-UF RJ	
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA										20-Código CBO S 025 -	
33-Quantidade US 15										23-Número no CRO 49467	
34-Face OP										24-UF RJ	
35-Qtd 1										25-Código CNES	
36-Tabola 000851100200										26-UF RJ	
37-Valor 88000										27-Número no CRO 49467	
38-Franchisa/Co-participação R\$ 0000										28-Código CBO S	
39-Aut S										29-Valor Total R\$ 0000	
40-Data de Realização 23/04/21										41-Motivo da Glosa 42-Asinatura	
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/04/21										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 35900	
47-Valor Total R\$ 0000										48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000	

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(ram) 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

Liane R. Alves Lima

Cirurgiã-Dentista

Alves Lima

50-Dala: local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 49.467

51-Dala, local e Assinatura do Cirurgião

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dala, local e Carimbo da Empresa

[Stampa e assinatura ilegíveis]