

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2019	4-Data de Autorização 12/08/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909413	7-Data Validade da Sentença 12/05/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

383986
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202025291945000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/06/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA CAROLINI RIBEIRO BRAZAO	02/09/1993	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano CARLA CAROLINI RIBEIRO BRAZAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563
18-Número no CRO 563	19-UF AP
23-Número no CRO 563	24-UF AP
25-Código CUES	26-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

6-c 10/11/20

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00					
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

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

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

Carla Carolini Ribeiro Brazao