

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
0 4 / 0 6 / 2 0

4-Data de Autorização
0 4 / 0 6 / 2 0

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7614865

7-Data Validade da Senha
0 2 / 0 9 / 2 0

320729
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

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

RANGEL MARQUES DA FONSECA

30/11/1984

14-Telefone
() 9 1 1 7 2 5 0 7 8

15-Nome do titular do plano
CLARICE LIMA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO
563

19-JUF
AP

20-Código CBO S
563

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3

22-Nome do Contratado Executante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO
563

24-JUF
AP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO
563

28-JUF
AP

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa



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 Guia 42-Assinatura
1-01018110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00			04/06/20	Rangel
2-01018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD	1	1	35,00	0,00			04/06/20	Rangel
3-01018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE	1	1	35,00	0,00			04/06/20	Rangel
4-01018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE	1	1	35,00	0,00			04/06/20	Rangel
5-01018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID	1	1	35,00	0,00			04/06/20	Rangel
6-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA		27	0	1	61,00	0,00			04/06/20	Rangel
7-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA		17	0	1	61,00	0,00			04/06/20	Rangel
8-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA		46	0	1	61,00	0,00			04/06/20	Rangel
9-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA		47	0	1	61,00	0,00			04/06/20	Rangel
10-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA		36	0	1	61,00	0,00			04/06/20	Rangel
11-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA		37	0	1	61,00	0,00			04/06/20	Rangel
12-01018120000875	EXODONTIA SIMPLES DE		18	1	1	73,00	0,00			04/06/20	Rangel
13-01018120000875	EXODONTIA SIMPLES DE		28	1	1	73,00	0,00			04/06/20	Rangel
14											
15											

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\$

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), 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

04/06/20
x Rangel Marques da Fonseca