

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24V



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/10/12/10	4-Data de Autorização 10/05/11/11/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8013311	7-Data Validade da Santa 12/08/10/11/21/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

409057
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210121513121819131810101010111011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ALESSANDRA ROSALINA SARAIVA CARDOSO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA ROSALINA SARAIVA CARDOSO
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES	18-Número no CHO 14878	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1012181431111197181111	22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES	23-Número no CHO 14878	24-UF SC	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES	27-Número no CHO 14878	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-10	0184100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	13,15,10,10	10,10,10					
2-10	0184100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	13,15,10,10	10,10,10					
3-10	0184100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	13,15,10,10	10,10,10					
4-10	0184100011981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	13,15,10,10	10,10,10					
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Data Realização do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 114,10,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 114,10,10,10
--	---	--	------------------------------------	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa de Seguro 11/11/11/11/11
---	---	---	--

Saraiva Cardoso

409057
 INTERCÂMBIO