

244



3-Região AN	408414
6-Data de Emissão da Guia	05/10/2015
4-Data de Autocancelo	05/10/2015
5-Sente	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	139685891
7-Data Validade da Sentença	03/10/2015

02169743308

POS REDE PRESTADORA

**102 press
DENTAL UNI COOPERATIVA**

11-Ordem Validação da Carteira

12. *Memoria do Conselho Federal de Saúde*

JULIA JOYCE ALMEIDA DE PAULA ARAUJO

0710711982

14-Tel: 098 330 4106

154-12mg de açúcar do plano
MICHEL QUTERIA ARAUJO

ALLYSON LUCAS LIMA

1824/1825 no CRO
12799



CE

20266498 C80 9025
Fatur

Empresa

35836339000107

AL LIMA ODONTOLO

23-Humero no CRO
12799

10

244UP
CE

25-C6490 CHES
99989999

Disegnata da Professionisti Elettosanti
ALLYSON LUCAS LIMA

12799[illegible]

UP
NE

73-64490 CRO 5

[illegible]

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, meios, custos e prazo para a realização do presente contrato, tendo em vista a importância dos serviços a serem prestados, decidiu, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (diferam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, as prestações contratadas que serão referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

44-Outros dados

Anexar para análise do produto no final do implante e foto da coroa.

[Assinatura]

50-Data, local e Assinatura Suplente(s) para Beneficiário	51-Dia, local e Assinatura do Chefe de Divisão	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
20/11/2018 [Assinatura]	20/11/2018 Lima [Assinatura]	20/11/2018 [Assinatura]	20/11/2018 [Assinatura]

ALLISON LUCAS UNED
 CRO 12199 / RDA
 2010813-1-07

Allyson Lucas E.
Dentista
799

Allyson Luc
Dentist
1427agg
Cirurgia o-Denti

1

AL Lima 35.836.339/000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/10/2006

4-Data de Autorização
12/10/2006

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
13910850

7-Data Validade da Guia
12/10/2008

2322330
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
96421304087

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GUILHERME GRUBERT

14-Telefone
(85) 33040616

15-Nome do titular do plano
DANIEL GRUBERT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ALLYSON LUCAS LIMA

18-Número no CRO
12799

19-UF
CE

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
35836339000107

22-Nome do Contratado Executante
AL LIMA ODONTOLOGIA LTDA

23-Número no CRO
12799

24-UF
CE

25-Código CHES
9999999

26-Nome do Profissional Executante
ALLYSON LUCAS LIMA

27-Número no CRO
12799

28-UF
CE

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 Guisa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	5,24	5,24	13,13		
2-0	082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	1	361,00	0,00	5,24	5,24	13,13		
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 Previsto Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
395,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1,13

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
21/6/10 18/12/15
ALLYSON LUCAS LIMA
Cirurgião-Dentista
CRO: 12799

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/9/10 11/12/15
ALLYSON LUCAS LIMA
Cirurgião-Dentista
CRO: 12799

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/9/10 16/12/15
DANIEL GRUBERT

53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/10/10 15/15
ALLYSON LUCAS LIMA
CRO: 12799

ALLYSON LUCAS LIMA
Cirurgião-Dentista
CRO: 12799

ALLYSON LUCAS LIMA
CRO: 12799



2-10

[illegible]48-Total Franchise / Co-participación RS

49-Observation

Lucia Lima
12-99
Logia LTDA
01-07

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

[illegible]

...

5

10



1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

Dados do Contratado

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

6 - Código na Operadora

35836339000107

7 - Nome do Contratado

12799/CE - ALLYSON LUCAS LIMA

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador

2339053

14 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

2339053

15 - Status

AUTORIZADO

16 - Beneficiário

00202512118960000102 - JULIA JOYCE ALMEIDA DE PAULA ARAUJO

11 - Justificativa

12 -

17 - Código da Guia da Guia

1319

18 - Justificativa (no caso de recurso da toda a guia)

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

28 - Valor Recusado

21 - Dente/Região

22 - Face

29 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Guia

1 - 05/06/2025

27990

Houve esquecimento das assinaturas

019482000980

COROA PROVIS SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA

1319

2 - 05/06/2025

627990

Houve esquecimento das assinaturas

019482000980

IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO

1319

3 - 05/06/2025

0400

Houve esquecimento das assinaturas

019482000980

COROA PROVIS SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA

1319

4 - 05/06/2025

0400

Houve esquecimento das assinaturas

019482000980

COROA PROVIS SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA

1319

5 - 05/06/2025

0400

Houve esquecimento das assinaturas

019482000980

COROA PROVIS SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA

1319

6 - 05/06/2025

0400

Houve esquecimento das assinaturas

019482000980

COROA PROVIS SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA

1319

32 - Valor Total Recusado (R\$)

907480

33 - Valor Total Aceitado (R\$)

0400

34 - Data do Recurso

05/06/2025

35 - Assinatura do Prestador

Allyson Lucas Lima

Cirurgião-Dentista

CRO:12799

36 - Data da Assinatura da Operadora

05/06/2025

37 - Assinatura da Operadora

05/06/2025