

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

473223
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 0 / 0 5 / 1 2 / 1 1

6-Número da Guia Principal
473223

5-Senha
ABERTO

4-Data de Autorização
1 1 / 1 1 / 1 1 / 1 1

3-Data de Emissão da Guia
10 9 / 1 0 2 / 1 2 / 1 1

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1 / 1 1

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 5 4 6 5 5 0 0 0 1 0 1 1

15-Nome do titular do plano
EDLA RENATA ALVES EVANGELISTA

14-Telefone
(1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1

13-Data
28/02/1997

13-Nome
EDLA RENATA ALVES EVANGELISTA

025 -

20-Código CBO S
025 -

19-UF
AL

18-Número no CRO
3297

17-Nome do Profissional Solicitante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

25-Código CNES
3297

24-UF
AL

23-Número no CRO
3297

22-Nome do Contratado Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

26-Código CBO S
3297

28-UF
AL

27-Número no CRO
3297

26-Nome do Profissional Executante
JEFFERSON FERNANDO MARTINS

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 Class 42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	15		1	3 4 1 0 0	0 1 0 0		N	09/10/2021	Edla
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 1 / 1 1 / 1 1 / 1 1	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 4 1 0 0	0 1 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1

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
Quintina no plano 15

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/9/11 02/11/21
Cirurgião-Dentista
CROAL-2809

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
10/9/11 02/11/21
Edla Renata
CROAL-2809

53-Data, local e Carimbo da Empresa
1 1 / 1 1 / 1 1 / 1 1