



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016	4-Data de Autorização 11/21/2016	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7628124	7-Data Validade da Série 10/08/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

323147
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025271167000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2016	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome DANIELLE SANTOS FERREIRA	16/08/1983	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano DANIELLE SANTOS FERREIRA
-------------------------------------	------------	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030				1	3,4	0,0		0,0		S1121/06/20
2	00	84000198				1	3,5	0,0		0,0		S1121/06/20
3	00	84000198				1	3,5	0,0		0,0		S1121/06/20
4	00	84000198				1	3,5	0,0		0,0		S1121/06/20
5	00	84000198				1	3,5	0,0		0,0		S1121/06/20
6	00	85100196				1	6,1	0,0		0,0		S1121/06/20
7	00	85100196				1	6,1	0,0		0,0		S1121/06/20
8	00	85100196				1	6,1	0,0		0,0		S1121/06/20
9	00	85100196				1	6,1	0,0		0,0		S1121/06/20
10	00	85100196				1	6,1	0,0		0,0		S1121/06/20
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2016	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 479,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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/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.

48-Observação

50-Data Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2016	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2016	52-Data/Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2016
--	--	--	---

