

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/01/2019 4-Data de Autorização 11/12/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7862055 7-Data Validade da Guia 10/09/2020

373401
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 101202513177420000101012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANA EMANUELLE LOBATO COELHO 14-Telefone 841131712312 15-Nome do Titular do plano SANDRO HELENO COELHO 16-Endereço 21/1/2003

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 Operação / CNPJ / CPF 33894813253 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-Código CBO S 29-Valor 30-Fratura/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura



30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00		0,00		Sandro
2	000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		0,00		Sandro
3	000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		0,00		Sandro
4	000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		0,00		Sandro
5	000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00		0,00		Sandro
6	000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA			17	0,10	0,00		0,00		Sandro
7	000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA			26	0,10	0,00		0,00		Sandro
8	000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA			27	0,10	0,00		0,00		Sandro
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Alinhamento 1-Tratamento Ortodôntico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 357,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 (e) procedimento(s) descrito(s) acima, é (s) 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Sandro Heleno Coelho