

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/07/2012

4-Data de Autorização
11/08/2012

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7640815

7-Data Validade da Série
15/09/2012

325809
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020253052350000001010102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/07/2012

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
AFONSO JUNIOR DA SILVA MONTE

01/10/1987

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
TAYNA RAFAELLY LIMA DAMASCENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO
563

19-UF
AP

20-Código CBO S

225 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
193894813253

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-Frase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6 1,0 0	0,0 0	1	18/06/20	Tayna	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	6 1,0 0	0,0 0	1	18/06/20	Tayna	
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	6 1,0 0	0,0 0	1	18/06/20	Tayna	
4-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	25	1	1	7 3,0 0	0,0 0	1	18/06/20	Tayna	
5-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	7 3,0 0	0,0 0	1	18/06/20	Tayna	
6-1											Tayna	
7-1											Tayna	
8-1											Tayna	
9-1											Tayna	
10											Tayna	
11											Tayna	
12											Tayna	
13											Tayna	
14											Tayna	
15											Tayna	

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Aliamento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
3 2 9,0 0

47-Valor Total R\$
0,0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, 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, é (s) por mim assinado(s), (ou) 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 este 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
18/06/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Emprego / Responsável
18/06/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Tayna Rafaelly Lima Monte

GUIA
CONCLUIDA
01/08/20