

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



1-Registro ANS 406414 5-Senha AUTORIZADO 8130990 6-Número da Guia Principal 437540 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10012025324860000000101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUCINEI DA SILVA MESQUITA 12/04/1981 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MABIA CRISTINA VIANA DA CONCEICAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA 18-Número no CRO 7149 19-UF PA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101557681236 22-Nome do Contratado Executante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA 23-Número no CRO 7149 24-UF PA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FERNANDO ANTONIO SOUZA FONSECA 27-Número no CRO 7149 28-UF PA 29-Código CBO S

Piano 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-Maturo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	24/02/2021	3033	Jucinei
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	24/03/2021	3033	Jucinei
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	24/03/2021	3033	Jucinei
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	24/02/2021	3033	Jucinei
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 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 244,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 e contralo, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), tenham 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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Dentista / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa