

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/12/10 3-Data de Autorização 10/12/10 4-Semana AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7929530 6-Data Validade da Guia 13/11/12

388823  
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020252883190000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCIANE SILVA DE MIRANDA 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano LUCIANE SILVA DE MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 93894813253 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 da Guisa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|---------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 8400198                   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 35     | 10,00            | 0,00     | 05/10/20                        | Luciane |                       |                    |               |
| 2-00      | 8400198                   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 35     | 10,00            | 0,00     | 05/10/20                        | Luciane |                       |                    |               |
| 3-00      | 8400198                   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 35     | 10,00            | 0,00     | 05/10/20                        | Luciane |                       |                    |               |
| 4-00      | 8400198                   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 35     | 10,00            | 0,00     | 05/10/20                        | Luciane |                       |                    |               |
| 5-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 6-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 7-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 8-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 9-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 10-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 11-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 12-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 13-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 14-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 15-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 140,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 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.

49-Observação

50-Delegado Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

*Luciane Silva Miranda*

*Luciane Silva Miranda*

G.C 01.11.20

103