



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 6 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12609686	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 9 / 2 4	1920530 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 7 6 4 1 2 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS DIAS DE OLIVEIRA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		15-Nome do titular do plano MATHEUS DIAS DE OLIVEIRA				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ARIANE DO PORTO SOUZA	18-Número no CRO 127989	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 3 4 0 1 4 4 8 0 0 0 1 8 3		22-Nome do Contratado Executante AC ODONTOLOGIA - CONSULTORIO		23-Número no CRO 127989	24-UF SP	25-Código CNES 4646924
26-Nome do Profissional Executante ARIANE DO PORTO SOUZA		27-Número no CRO 127989		28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano 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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 1 8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA					1	3 4	0 0			7/10/24		
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 7 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 7 0 0
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

AC ODONTOLOGIA Consultório
Odontológico Especializado Ltda

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/24 Chame Dente	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/24 Chame Dente	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/24 Lucas Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/24 Vila Boaventura - Cep: 13.201-800 JUNDIAÍ - SP
---	---	--	---