



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Adesão ANS 406414	3-Dia de Entrega da Guia 11/10/21	2-Dia de Autorização 11/10/21	5-Sistema PENDENTE DE LIBERAÇÃO	8-Número da Guia Principal 58114	7-Dia Vencido de Serviço 10/9/21	58114 INTERCÂMBIO
------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------

6-Número da Carteira 00020253432890000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/10/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde AMANDA APARECIDA DOS SANTOS FERREIRA
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome AMANDA APARECIDA DOS SANTOS FERREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AMANDA APARECIDA DOS SANTOS FERREIRA
Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento 03/07/1987		
16-Atendimento a RV RENATA FILADELFO	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA FILADELFO	18-Número no CBO 94801
21-Código na Operadora / CNAJ / CIP 128927341856	22-Nome do Contratado Executante RENATA FILADELFO	19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante RENATA FILADELFO	27-Número no CBO 94801	20-Código CBO S 025 -
28-UF SP	23-Número no CBO 94801	24-UF SP
29-Código CBO S 94801	25-UF SP	26-Código CNES SP

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental Regio	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Mostrar	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aud	40-Dia de Realização	41-Mostrar	42-Atendimento
1	0086000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO			1	260000						
2	0086000098	APARELHO ORTODONTICO	AS		1	72000						
3	0086000098	APARELHO ORTODONTICO	AI		1	72000						
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
3-Dias Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Luprosal/Energiplac												
45-Tipo de Realizante												
1-Tal 2-Patral												
46-Tal Quotidianos US												
4040400												
47-Valeo Total R\$												
1000												
48-Tal Final / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 assumido(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 do Conselho Dentista Solicitante 11/10/21	51-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista 11/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/21
--	--	---	---