

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ºº

491904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8359234	7-Data Validade da Senha 0 3 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 8 3 1 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Teléfono () / / / /	15-Nome do titular do plano LINDINALVA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 1 1 9 4 1 1 7 5 2 3	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	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 0 8 5 1 0 0 1 9 6			RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	6 1 0 0	0 0 0 0			15/10/21	
2	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6			RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0			15/10/21	
3	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6			RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0			15/10/21	
4	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6			RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0			15/10/21	
5	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6			RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0			15/10/21	
6	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6			RESTAURAÇÃO RESINA	25	D	1	6 1 0 0	0 0 0 0			15/10/21	
7	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6			RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	6 1 0 0	0 0 0 0			15/10/21	
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 4 2 7 0 0	47-Valor Total R\$	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), 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/21 SSA
---------------	---	---	---	---