

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1963794
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 // 0 7 // 2 4	4-Data de Autorização 2 4 // 0 7 // 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12753139	7-Data Validade da Senha 2 1 // 1 0 // 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 5 7 4 1 6 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ // _ _ // _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRA REGINA IRENO LAURIA 24/09/1991		14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA REGINA IRENO LAURIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 8 8 9 7 7 5 3 9 4 9 _ _ _	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES		27-Número no CRO 3754	28-UF SC	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA	_ _	_ _	1	_ _ 3 4 0 0	_ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _	S	_ _ // _ _ // _ _	_ _	_ _
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	_ _	_ _	1	_ _ 1 4 4 0 0	_ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _	S	_ _ // _ _ // _ _	_ _	_ _
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 _ _ 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ 0 0 0	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-Data, local e 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 _ _ // _ _ // _ _
--	--	--	--