

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



625037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/2017		4-Data de Autorização 21/07/2017		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8830563		7-Data Validade da Série 11/07/2017		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202538508100000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome APARECIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA CAIAFFA												
14-Telefone () - /												
15-Data de Nascimento 17/02/1985												
16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento APARECIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA CAIAFFA												
17-Atendimento a RN N												
18-Nome do Profissional Solicitante JOAO MARCOS RIBEIRO PIRES												
19-Número no CRO 13761												
20-Código CBO S GO												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04315415154												
22-Nome do Contratado Executante JOAO MARCOS RIBEIRO PIRES												
23-Número no CRO 13761												
24-Código CNEB GO												
25-Código CBO S GO												
26-Data de Nascimento 17/02/1985												
27-Nome do Profissional Executante JOAO MARCOS RIBEIRO PIRES												
28-Número no CRO 13761												
29-Código CBO S GO												
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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			20/07/2017		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00	0,00			20/07/2017		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00	0,00			20/07/2017		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,60	0,00	0,00			20/07/2017		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,60	0,00	0,00			20/07/2017		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	V	1	6,10	0,00			20/07/2017		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/2017												
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 239,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00												
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 20/07/2017												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/2017 CRO-GO 13761												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/2017												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												