

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

483953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012 11/21		4-Data de Autorização 10/14/10 13/11/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8325724		7-Data Validade da Senha 12/05/10 11/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025358311000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
LINDINALVA DOS SANTOS										LINDINALVA DOS SANTOS	
13-Nome LINDINALVA DOS SANTOS										14-Telefone (11) 965016362	
16-Atendimento a RN N SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA										18-Número no CRO 16305	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0066194117523										23-Número no CRO 16305	
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA										27-Número no CRO 16305	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										29-Código CBO S	
30-Tabela										37-Valor	
32-Descrição										38-Franquia/Co-participação R\$	
33-Dente/Região										35-Qtd	
34-Face										40-Data de Realização	
41-Motivo da Glosa										42-Assinatura	
1-0101840001981										HAID	
2-0101840001981										HAIE	
3-0101840001981										HASE	
4-0101840001981										HASD	
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento										46-Total Quantidade US	
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), foliaram 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	
10/14/10 13/11/21										10/14/10 13/11/21	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável										53-Data, local e Carimbo da Empresa	
10/14/10 13/11/21										10/14/10 13/11/21	