



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 4064414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/112/12/0	4-Data de Autorização 117/12/20	5-Sembla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119685	7-Data Validade da Sembla 04/03/211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020253392950000102	9-Promo POS REDE PRESTADORA				
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validação de Carteira 11/1/1/1/1/1					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome HERLAN MATTOS ALMEIDA					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano ELIZABETH SILVA DE OLIVEIRA					
Dados do Consultor/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181515160161721	19-Número do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA					
22-Número no CRO 24111 23-Número no CRM 24111 24-UF RJ 25-Código CNES					
26-Número no CRO 24111 27-Número no CRM 24111 28-UF RJ 29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	[HASD]	1	1	36-Quantidade US 37-Valor
2-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	[HASE]	1	1	36,00 0,00
3-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	[HAIE]	1	1	36,00 0,00
4-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	[HAID]	1	1	36,00 0,00
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
38-Franquia/Co-participação RS 39-Aut 40-Data de Realização 41- Motivo da Glossa 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/4/112/12/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 4,0 0	47-Valor Total R\$ 0,100	48-Total Franquia Co-participação RS 0,100
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), "fotogram realizadod(es)" comprovo consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado(s) que assina esse documento(s), os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme o previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/4/112/12/1 Dr. José Eduardo R. Pereira					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/4/112/12/1 Dr. José Eduardo R. Pereira					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/4/112/12/1 Dr. José Eduardo R. Pereira					
53-Data, Local e Cântinho da Empresa 10/4/112/12/1 Dr. José Eduardo R. Pereira					