

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



724717
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 9 / 2 1	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 724717	7-Data Validade da Senha 2 9 / 1 2 / 2 1
--------------------------	--	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 1 7 6 7 2 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 IOLANDA AZEVEDO DOS SANTOS TAYAR 21/10/1987		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IOLANDA AZEVEDO DOS SANTOS TAYAR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	18-Número no CRO 118546	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 0 2 2 6 3 2 5 8 5 7 / /	22-Nome do Contratado Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	23-Número no CRO 118546	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT		27-Número no CRO 118546	28-UF SP	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 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	/ /		1	3 4 , 0 0	/ / , / /	N	/ /	/ /			
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 , 0 0	/ / , / /	N	/ /	/ /			
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1 , 0 0	/ / , / /	N	/ /	/ /			
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 5 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ / / , 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 / / / / /
--	--	--	--