

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



659721
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 8 / 2 1	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 659721	7-Data Validade da Senha 1 1 / 1 1 / 2 1
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 9 7 2 2 5 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 MACIANA ALVES DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MACIANA ALVES DA SILVA		

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	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200

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	0 0	N	/ /		
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6	0 0	0 0	N	/ /		
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6	0 0	0 0	N	/ /		
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6	0 0	0 0	N	/ /		
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6	0 0	0 0	N	/ /		
6	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8 8	0 0	0 0	N	/ /		
7	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MD	1	8 8	0 0	0 0	N	/ /		
8	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	6 1	0 0	0 0	N	/ /		
9	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	6 1	0 0	0 0	N	/ /		
10	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6 1	0 0	0 0	N	/ /		
11	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	6 1	0 0	0 0	N	/ /		
12	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	6 1	0 0	0 0	N	/ /		
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 6 5 9 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 / /
--	--	--	--