



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4P

333294
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/2017/12/20	4-Data de Autorização 12/3/2017/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7678812	7-Data Validade da Senha 13/01/2019/12/20
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0101202153101252100101011		13-Nome GILVANIA VIEIRA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Bulter do plano GILVANIA VIEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 4992		19-UF DF		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
---	--	--------------------------	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61112182011100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRO 4992		24-UF DF		25-Código CNES		26-UF DF		27-Número no CRO 4992		28-UF DF		29-Código CBO S	
---	--	--	--	--------------------------	--	-------------	--	----------------	--	-------------	--	--------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

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-	0101810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/2017		
2-	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		
3-	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		
4-	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		
5-	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 167,64	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 Operador/Operadora 14/01/2018 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 14/01/2018 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/2018 Gilvania Vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/01/2018
---	---	---	---