

M



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8037901	7-Data Validade da Senha 08/10/21 12/11	415444 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012025291883400100010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA MARQUES CAMPOS					
14-Telefone					
15-Nome do titular do plano GILMAR MARQUES PARREIRA					

16-Endereço a RN LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL					
17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA LUZ MARQUES					
18-Número no CRO 9234					
19-UF GO					
20-Código CBO S 04					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00705676110					
22-Nome do Contratado Executante MARCIA LUZ MARQUES					
23-Número no CRO 9234					
24-UF GO					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante MARCIA LUZ MARQUES					
27-Número no CRO 9234					
28-UF GO					
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor						
1-001810010010615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00						S
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

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 de Empresa

marques campos