

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 10/03/11 11/12/10

4-Data de Autorização
 10/03/11 11/12/10

5-Sentia
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 8017099

7-Data Validade da Sentia
 10/11/10 12/11/21

410131
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 10102025332057000010106

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
 GILSON ROCHA TORRES

08/11/1956

15-Nome do titular do plano
 GIRLENE DANIELA VASCONCELOS DE BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 N

17-Nome do Profissional Solicitante
 SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE

18-Número no CRO
 11569

19-UF
 PE

20-Código CBO S
 06

025 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 12154089194805111

22-Nome do Contratado Executante
 RENATA GONCALVES DE MORAIS

23-Número no CRO
 11569

24-UF
 PE

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
 RENATA GONCALVES DE MORAIS

27-Número no CRO
 11569

28-UF
 PE

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018100100651		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		03/11/20	PG1L5N
2-10018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		03/11/20	PG1L5N
3-10018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		03/11/20	PG1L5N
4-10018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		03/11/20	PG1L5N
5-10018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		03/11/20	PG1L5N
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$
10/03/11 11/12/10	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1178,00	0,00	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 condições estabelecidas neste documento, 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, o valor devido por 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
 03/11/11/20 Dr. Renato G. Moraes

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
 03/11/11/20 Dr. Renato G. Moraes

Wilky Odontologia e Saúde Ltda.

Av. Barreto da Menezes Nº 420 A

03/11/11/20 Dr. Renato G. Moraes

03/11/11/20 Dr. Renato G. Moraes

Jaboatão dos Guararapes-PF