



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-7*

341123
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2017	4-Data de Autorização 11/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7713656	7-Data Válida da Senha 11/07/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020253082160000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Lista Validada da Carteira 11/07/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CAROLINA RAMOS COSTA		14-Telefone (11) 8341-8969	15-Nome do titular do plano JULIA SILVA RAMOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH 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 611128201100000000	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código/Rubro	34-Fato	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	20/07/2017		X
2-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		7,20	0,00		S	20/07/2017		X
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/07/2017	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 106,00	47-Valor Total R\$ 106,00	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(ram) 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.

19-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 20/07/2017 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 20/07/2017 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/2017 JULIA SILVA RAMOS	53-Data, local e Carimbo do Beneficiário / Responsável 20/07/2017 JULIA SILVA RAMOS CRO-DF-4992
---	---	---	---