



tranquiliza para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



819402
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2011	4-Data de Autorização 16/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9411598	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020254447040000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LUIS CARLOS SANTOS FERREIRA	09/12/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIS CARLOS SANTOS FERREIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 169312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura	
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor												
1-0	018100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		13,4	0,0			0,0	0,0			16/11/2011				Luís	
2-0	018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3,6	0,0			0,0	0,0			16/11/2011				Luís	
3-0	018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3,6	0,0			0,0	0,0			16/11/2011				Luís	
4-0	018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3,6	0,0			0,0	0,0			16/11/2011				Luís	
5-0	018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3,6	0,0			0,0	0,0			16/11/2011				Luís	
6-1																			
7-1																			
8-1																			
9-1																			
10-1																			
11-1																			
12-1																			
13-1																			
14-1																			
15-1																			

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/11/2011	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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. Declaram, ainda, que não procedimentos de caráter estético, e por não serem assistidos, não foram realizados 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 16/11/2011 Dra. Paula Elissa Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-BA 22065	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/11/2011 Dra. Paula Elissa Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-BA 22065	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/11/2011 Luís Carlos Santos Assinatura	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------