

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

359502
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2018	4-Data de Autorização 12/01/2018	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7799427	7-Data Validade da Sineta 17/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 00020253116300000010103	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
GISELE SANTOS ALMEIDA

15/01/1997

15-Nome do titular do plano
EDNALDO SILVA ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
ADRIANA ALVES DE OLIVEIRA21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
17831811002591122-Nome do Contratado Executante
ADRIANA ALVES DE OLIVEIRA26-Nome do Profissional Executante
ADRIANA ALVES DE OLIVEIRA

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
2-0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
3-0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6	1,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
4-001811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3	4,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
5-001851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3	6,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
6-001851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3	6,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
7-001851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3	6,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
8-001851300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3	6,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
9-001811000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
10-001811000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	S	11/11/11	Gisele
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 389,00	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. 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 01/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---