

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

449274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 11/12/11	4-Data de Autorização 11/12/10 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178202	7-Data Validade da Senha 10/17/10 11/12/11	2-Nº
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10/02/02 531712340100010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ	14-Teléfono 12/02/1971	15-Nome do titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10661194117523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	11	11	1	35,00	0,00	0,00	18/01/21	18/01/21	Rosania
2-0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	11	11	1	35,00	0,00	0,00	18/01/21	18/01/21	Rosania
3-0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	11	11	1	35,00	0,00	0,00	18/01/21	18/01/21	Rosania
4-0101814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	11	11	1	35,00	0,00	0,00	18/01/21	18/01/21	Rosania
5-0101814000198											
6-0101814000198											
7-0101814000198											
8-0101814000198											
9-0101814000198											
10-0101814000198											
11-0101814000198											
12-0101814000198											
13-0101814000198											
14-0101814000198											
15-0101814000198											

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 140,00	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 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 12/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/11
---	---	---	--