

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

568651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2015	4-Data de Autorização 10/11/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8646664	7-Data Validade da Serha 12/08/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 1010202526106480000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 26/07/1994		14-Tipo de plano MAYARA DE OLIVEIRA REIS	
13-Nome MAYARA DE OLIVEIRA REIS		14-Tipo de plano MAYARA DE OLIVEIRA REIS		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Data Validade da Carteira 11/11/11	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante H & B REABILITACAO ORAL S/C LTDA		18-Número no CRO 62952		19-UF SP		20-Código CBO 3 04		21-Data Validade da Carteira 025		22-Data Validade da Carteira Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127745580854		22-Nome do Contratado Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES		23-Número no CRO 62952		24-UF SP		25-Código CBO 3		26-Data Validade da Carteira 025		27-Data Validade da Carteira Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES		27-Data Validade da Carteira 025		28-Número no CRO 62952		29-UF SP		30-Código CBO 3		31-Data Validade da Carteira 025		32-Data Validade da Carteira Faturar Empresa	

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 de Glosa 42-Assinatura
1	10101853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	02/06/21	Inf pagano
2	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	02/06/21	Inf pagano
3	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	02/06/21	Inf pagano
4	010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	02/06/21	Inf pagano
5	010181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	02/06/21	Inf pagano
6	010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	04/06/21	Inf pagano
7	010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	06/06/21	Inf pagano
8											
9											
10											
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- Ortopedia 4- Trauma 5- Odontologia	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Valor Total R\$ 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, informo, conforme acima apresentados, aceitar e autorizar 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---