

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

370447

INTERCÂMBIO

6-Número da Guia Principal
7850252

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
09/10/2019

3-Data de Emissão da Guia
04/10/2019

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
002012531802400000102

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ANA RUBIA LAURATO DA PALMA

14-Telefone
(11) 11111111

10/12/1997

13-Nome
AMANDA CAROLINA DA PALMA BRANDAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
112913

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
112913

24-UF
SP

25-Código CNES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
081529991660111

27-Número no CRO
112913

28-UF
SP

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
SUELLEN MEZZETTE 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-Valor da Glosa
1	001810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019	
2	001820000859	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019	
3	001820000859	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019	
4	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019	
5	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019	
6	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019	
7	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/11/2019	
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento							44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
							1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	324,00	0,00	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(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
18/11/2019, Belo Horizonte, Minas Gerais
Suellem Mezzette de Oliveira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/11/2019, Belo Horizonte, Minas Gerais
Suellem Mezzette de Oliveira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2019, Belo Horizonte, Minas Gerais
Ana Rubia Laurato da Palma

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/2019, Belo Horizonte, Minas Gerais
DENTAL UNI COOPERATIVA