

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1276356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 1 / 1 2 / 2 2	4-Data de Autorização / / / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1276356	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 3 / 2 3
--------------------------	--	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 7 2 9 9 8 0 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MELISSA RODRIGUES GOIS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAXIMO MORI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	18-Número no CRO 118546	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 6 0 3 1 9 6 6 0 0 0 1 3 3	22-Nome do Contratado Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 118546	24-UF SP	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT		27-Número no CRO 118546	28-UF SP	29-Código CBO S	

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ / / / /		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ / / / /		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ / / / /		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ / / / /		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0	, N		/ / / / /		
6-						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
7-						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
8-						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
9-						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
10						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
11						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
12						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
13						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
14						, , ,	, ,	,		/ / / / /		
15						, , ,	, ,	,		/ / / / /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / /	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 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$,
---	--	---	--	--	---

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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

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