

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

528278
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04 12/11	4-Data de Autorização 12/01/04 12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8502347	7-Data Validade da Senha 11/01/07 11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020202532649100000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome MANUEL PEREIRA MASCARENHAS NETO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano RENATO SANTOS DA SILVA					

16-Atendimento a RN N SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRQ 16305	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00619141175123		22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRQ 16305	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRQ 16305	28-UF BA	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	001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		20/04/21		
2	001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		20/04/21		
3	001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		20/04/21		
4	001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		20/04/21		
5												
6												
7												
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-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 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 20/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/21 SSA
---------------	---	---	---	---