

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2014	4-Data de Autorização 10/05/2015	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535853	7-Data Validade da Sineta 12/08/2017	309460 INTERCAMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 10/02/02/15	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Círculo Nacional de Saúde
-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome CAMILA TEIXEIRA DA SILVA	14-Teléfono (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano CAMILA TEIXEIRA DA SILVA
-------------------------------------	-------------------------------	---

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JACIEL DE SOUZA	18-Número no CRO 29423	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 133959099649	22-Nome do Contratado Executante JACIEL DE SOUZA	23-Número no CRO 29423	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
---	---	---------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Executante JACIEL DE SOUZA	27-Número no CRO 29423	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218
---	---------------------------	-------------	-----------------	--

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Glasa 42-A natura
1-01018100100615	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	1	34,100			10/05/2015	10 mil
2-0101815301004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	1	36,100			10/05/2015	10 mil
3-0101815301004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	1	36,100			10/05/2015	10 mil
4-0101815301004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	1	36,100			10/05/2015	10 mil
5-0101815301004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	1	36,100			10/05/2015	10 mil
6-0101815100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	16 OM			1	1	88,100			10/05/2015	10 mil
7-0101815100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	15 OD			1	1	88,100			10/05/2015	10 mil
8-0101815100202010	RESTAURAÇÃO RESINA	25 OM			1	1	88,100			10/05/2015	10 mil
9-0101815100202118	RESTAURAÇÃO RESINA	24 ODM			1	1	122,100			10/05/2015	10 mil
10-0101815100202118	RESTAURAÇÃO RESINA	21 MVP			1	1	122,100			10/05/2015	10 mil
11-0101815100202118	RESTAURAÇÃO RESINA	11 MVP			1	1	122,100			10/05/2015	10 mil
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1: Tratamento Odontológico 2-E: Exame Radiológico 3-O: Ortodontia 4-U: Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1: Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 180,180	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / 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(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 10/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
---	---	---	--