

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/10		5-Serha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8042731		7-Data Validade da Serha 10/9/10 12/1/12 11		416562 INTERCÂMBIO																					
8-Número da Carteira 101020253218300000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																	
13-Nome PIETTRO PEREIRA DA ROSA				14-Teléfono ()				15-Nome do titular do plano EDSON NATANAEL SOUZA DA ROSA																							
16-Atendimento a RN BRUNA DA SILVA OLIVEIRA				17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA				18-Número no CRO 26161				19-UF RS																			
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 1845716537091				22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA				23-Número no CRO 26161				24-UF RS																			
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA				27-Número no CRO 26161				28-UF RS				29-Código CBO S																			
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 de Glosa 42-Assinatura									
1-0		0810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3		4		0		0		0		0		0		18/11/20		Edson							
2-0		0814000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		7		2		0		0		0		0		0		12/11/20		Edson							
3-1																															
4-1																															
5-1																															
6-1																															
7-1																															
8-1																															
9-1																															
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		1106100		47-Valor Total R\$		1106100		48-Total Franquia / Co-participação R\$		1106100	

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 e 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 12/11/11 2030 CRO		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Bruna Oliveira 30080		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 2030 Edson N.S. Rosa		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
--	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--