



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

APC



2-A*

324315
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2016	4-Data de Autorização 11/05/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7633369	7-Data Validade da Senna 11/09/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025303836000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Caixa Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TELMA BRITO DOS SANTOS		14-Telefone 24/12/1976		15-Nome do Titular do plano TELMA BRITO DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA TEIXEIRA FERAZ	18-Número no CRO 12491	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01186078211831	22-Nome do Contratado Executante AMANDA TEIXEIRA FERAZ	23-Número no CRO 12491	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA TEIXEIRA FERAZ		27-Número no CRO 12491	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QUI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/06/2016		Telma
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/06/2016		Telma
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/06/2016		Telma
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/06/2016		Telma
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/06/2016		Telma
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 178,00	47-Valor Total R\$ 62640,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	----------------------------------	--------------------------------	---

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 16/06/2016 Dr. Amanda Teixeira Ferraz Cirurgiã Dentista CRO-DF 12491	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2016 Dr. Amanda Teixeira Ferraz Cirurgiã Dentista CRO-DF 12491	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/2016 Telma Brito dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------