



transfere para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



632818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/17 12:11	4-Data de Autorização 12/11/17 12:11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8854523	7-Data Validade da Guia 12/11/10 12:11
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0002025397201000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JONATHAS AMARAL DE ASSIS BATISTA	26/02/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JONATHAS AMARAL DE ASSIS BATISTA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIANE LAIARA BARROS MENEZES	18-Número no CRO 10582	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000246779578	22-Nome do Contratado Executante FRANCIANE LAIARA BARROS MENEZES	23-Número no CRO 10582	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FRANCIANE LAIARA BARROS MENEZES	27-Número no CRO 10582	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Valor
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		527,07/21
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00		527,07/21
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00		527,07/21
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00		527,07/21
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00		527,07/21
6-00									
7-00									
8-00									
9-00									
10-00									
11-00									
12-00									
13-00									
14-00									
15-00									
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
☐ 1-									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) realizado(s), e por ele(s) 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, compreendendo o plano de tratamento previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 27/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------

Dra. Franciane Laiara B. Menezes
Cirurgiã-Dentista
CROBA-10582

Dra. Franciane Laiara B. Menezes
Cirurgiã-Dentista
CROBA-10582