



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

334193
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2017	4-Data de Autorização 10/04/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7682662	7-Data Validade da Senha 10/21/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202253060910000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SUELI DE SOUSA SILVA		14-Telefone 18/05/1977		15-Nome do titular do plano SUELI DE SOUSA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRO 4992	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992		28-UF DF	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / 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/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					
YEDA ALMEIDA RODRIGUES					
YEDA ALMEIDA RODRIGUES					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					