



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1

452837
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 40644		3-Data de Emissão da Guia 11/3/01/21		4-Data de Autorização 12/6/01/21		5-Senha 8191595		6-Número da Guia Principal 11304121		7-Data Validação da Senha 11304121																								
Dados do Beneficiário																																		
8-Número da Carteira ROSANI MELLO FERREIRA PACHECO		9-Promoção POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde ROSANI MELLO FERREIRA PACHECO																										
13-Nome ROSANI MELLO FERREIRA PACHECO		14-Teléfono (11) 1111-1111		15-Nome do Titular do plano ROSANI MELLO FERREIRA PACHECO		16-Atendimento à RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI		18-Número no CRO 27786																								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0109049712607111		22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU		19-UF RJ		20-Código CBO S 06		23-Número no CRO 27786		24-UF RJ																								
25-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU		26-Número no CRO 27786		27-UF RJ		25-Código CNES (IF) 85200158-37		28-Código CBO S		29-Código CBO S																								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																		
30-Tabela 31-Código do Procedimento																																		
1-	0	0	1	8	5	2	0	0	1	5	8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33-Denre/Região	34-Fase	35-Quadrante US	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
2-																																		
3-																																		
4-																																		
5-																																		
6-																																		
7-																																		
8-																																		
9-																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 5 3 3 1 0 0		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia/ Co-participação R\$ 10,00																								
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/01/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/01/01/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/01/21		53-Data, local e Cartório da Empresa MAIS DE NITERÓI 10001-10 01/01/2014				452837 INTERCÂMBIO																								
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida 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 <i>Nascente com suas sutilezas, com calculismo a alma do apice. mudado no ambiente</i>																																		