

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12 | 3 | / | 0 | 2 | / | 1 | 2 | 3 |

4-Data de Autorização
| | | | / | | | | | / | | | |

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
1349301

7-Data Validade da Senha
12 | 4 | / | 0 | 5 | / | 1 | 2 | 3 |

1349301
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
| | | | / | | | | | / | | | |

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Name
VANDERLUCIA MATOS MENDES

14-Telefone
(| | | |) | | | | | | | | | |

15-Nome do titular do plano
VANDERLUCIA MATOS MENDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO

18-Número no CRO
5480

19-UF
AM

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 | 7 | 2 | 6 | 5 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 3 |

22-Nome do Contratado Executante
ANA AMELIA PINHEIRO DA SILVA

23-Número no CRO
5480

24-UF
AM

25-Código CNES
9999999

26-Nome do Profissional Executante
ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO

27-Número no CRO
5480

28-UF
AM

29-Código CBO S

30-Tipo de Atendimento
025 -
Faturar Empresa

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 da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1 3 6 0 0	0 0 0		N /						
2- 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1 3 6 0 0	0 0 0		N /						
3- 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1 3 6 0 0	0 0 0		N /						
4- 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1 3 6 0 0	0 0 0		N /						
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
| | | 1- Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
| | | 1 | 4 | 4 | | 0 | 0 |

47-Valor Total R\$
| | | | | | | | 0 | | 0 | 0 |

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
| | | | / | | | | | / | | | |

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
| | | | / | | | | | / | | | |

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
| | | | / | | | | | / | | | |

53-Data, local e Carimbo da Empresa
| | | | / | | | | | / | | | |