

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

644078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2018	4-Data de Autorização 05/10/2018	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8888738	7-Data Validade da Sentença 31/10/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533147700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JESSICA RODRIGUES SARAIVA	14-Telefone (192) 9916519341	15-Nome do titular do plano ELIZANGELA RODRIGUES DE LIMA
--------------------------------------	---------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE	18-Número no CRO 4602	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001118121212511	22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE	23-Número no CRO 4602	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE	27-Número no CRO 4602	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00	0,00	0	05/10/2018	Jessica
1-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00	0,00	0	05/10/2018	Jessica
2-00185100200											
3-00185100200											
4-00185100200											
5-00185100200											
6-00185100200											
7-00185100200											
8-00185100200											
9-00185100200											
10-00185100200											
11-00185100200											
12-00185100200											
13-00185100200											
14-00185100200											
15-00185100200											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/2018	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 1149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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 de Cirurgião-Dentista 10/10/2018 Cirurgião-Dentista CRO-AM 4602	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2018 Cirurgião-Dentista CRO-AM 4602	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2018 Jessica Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------