

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

631225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 17/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8849431		7-Data Validade da Senha 12/10/11 10/12/11	
8-Número da Carteira 0002022540418020000000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAYANNE RAYSSA DE ALBUQUERQUE GONCALVES		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do Titular do plano RAYANNE RAYSSA DE ALBUQUERQUE GONCALVES					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO JOSE GOMES DA SILVA		18-Número no CRO 12777		19-UF PE		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10617281298413611		22-Nome do Contratado Executante DIEGO JOSE GOMES DA SILVA		23-Número no CRO 12777		24-UF PE		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIEGO JOSE GOMES DA SILVA		27-Número no CRO 12777		28-UF PE		29-Código CBO S		Faturar Empresa	
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					
1-000810000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		1	
2-000853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		1	
3-000853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		1	
4-000853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		1	
5-000853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL							
6-000853000471									
7-000853000471									
8-000853000471									
9-000853000471									
10-000853000471									
11-000853000471									
12-000853000471									
13-000853000471									
14-000853000471									
15-000853000471									
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
11/11/11		1-1		1-Total 2-Parcial		117800		1000	
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 12/10/11 20/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11 20/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11 20/21		53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/11 20/21	
Dr. Diego Gomes		Dr. Diego Gomes		Dr. Diego Gomes		Dr. Diego Gomes	
Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista	
CRO/PE: 12777		CRO/PE: 12777		CRO/PE: 12777		CRO/PE: 12777	

Rayanne Rayssa de Albuquerque Gonçalves