

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



542893
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2015	4-Data de Autorização 10/06/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8555939	7-Data Validade da Senha 10/03/2018
8-Número da Carteira 1010202537639400000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome MACSUEL NERI DOS SANTOS			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02379397546			22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO			27-Número no CRO 12222		
28-UF BA			29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200156-47		
30-Tabuleira 31-Código do Procedimento 1-0085200158			32-Descrição TRATAMENTO ENDODÔNTICO		
33-Dente/Rengão 47			34-Face 1		
35-Qtd 53300			36-Quantidade US 0,00		
37-Valor 0,00			38-Franquia/Co-participação R\$ 510510512		
39-4-uf BA			40-Data de Realização 10/05/2015		
41-Motivo da Glosa 42-Resolução			43-Data Prevista Término do Tratamento		
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		
46-Total Quantidade US 53300			47-Valor Total R\$ 0,00		
48-Total Franquia / Co-participação R\$			49-Observação		

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), 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.

Alterada a Guia de temporária para definitiva.

Radiográfico Anexo Cdo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2015 CRO-BA 12.222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2015 CRO-BA 12.222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2015 CRO-BA 12.222	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/2015
--	--	--	---