

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



931222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 1 / 0 4 / 2 2	4-Data de Autorização 0 1 / 0 4 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9753380	7-Data Validade da Senha 3 0 / 0 6 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 5 3 9 8 6 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAYCON GLEISON GOMES DE LIMA 15/08/1989		14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _		15-Nome do titular do plano CLAUDIANA ALVES MESQUITA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	18-Número no CRO 4842	19-UF PA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 9 4 2 9 7 3 1 2 7 _ _ _	22-Nome do Contratado Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES	23-Número no CRO 4842	24-UF PA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		27-Número no CRO 4842	28-UF PA	29-Código CBO S	

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 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	6 1 0 0	0 0 0	S		/	/	
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	6 1 0 0	0 0 0	S		/	/	
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MOD	1	1 2 2 0 0	0 0 0	S		/	/	
4-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 0 0	0 0 0	S		/	/	
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 2 5 8 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 _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--