



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/21/03/1211

4-Data de Autorização
11/31/03/1211

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8381137

7-Data Validade da Senha
11/01/06/1211

497578
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
1010201253633244000010101

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
RENE JORGE CAVALCANTE DOS SANTOS

14-Telefone
(111) 11111111

15-Nome do titular do plano
RENE JORGE CAVALCANTE DOS SANTOS

16-Atendimento a RN
N SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
16305

19-UF
BA

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
106194171523111

22-Nome do Contratado Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
16305

24-UF
BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
16305

28-UF
BA

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela
1-01081000065
2-010814000198
3-010814000198
4-010814000198
5-010814000198

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA
PROFILAXIA: POLIMENTO
PROFILAXIA: POLIMENTO
PROFILAXIA: POLIMENTO
PROFILAXIA: POLIMENTO

32-Descrição

33-Dente/Região
HASD
HASE
HAIE
HAID

34-Face
1
1
1
1

35-Qtd
1
1
1
1

36-Quantidade US
3400
3500
3500
3500

37-Valor
0100
0100
0100
0100

38-Franquia/Co-participação R\$
0100

39-Aut
S122/03/1211

40-Data de Realização
S122/03/1211

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11/11

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
174100

47-Valor Total R\$
101010

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1111

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/10/13/1211

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/13/1211

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/13/1211

53-Data, local e Cartão da Empresa
12/10/13/1211 SSA