

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



820692
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 17/11/21	4-Dia de Autorização 17/11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9415579	7-Dia Validade da Sentença 17/11/21
8-Dados do Paciente					
8-Número da Carteira 00020254426520000000000001	8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANGELACIELA DOS SANTOS NUNES					
14-Data de Nascimento 04/09/1987					
15-Nome do titular do plano ANGELACIELA DOS SANTOS NUNES					
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS					
18-Atendimento a RN 19-Plano RODRIGO SOUZA MASCARENHAS					
20-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61312060287111					
22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS					
23-Número no CRO 8958					
24-UF BA					
25-Código CNEC BA					
26-Código CBO \$ 025 - Faturar Empresa					
27-Número no CRO 8958					
28-UF BA					
29-Código CBO \$ BA					

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 de Causa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00						
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00						
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00						
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00						
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00						
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dia Finalizado Termino de Tratamento 13/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 178,00	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 obrigações do profissional contratado e a pagar em 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 Cliente 13/11/21 CR0-BA8958	51-Data, local e Assinatura do Cliente-Dentista 13/11/21 HA7504	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/21
--	--	---	---