

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1140572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/04/19 12 21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10353384		7-Data Validade da Senha 11/01/12 12 21			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010210215474185000010101		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 KETLIN GONTIJO DA SILVA		14-Telefone (111) 11111111		15-Data Validade do plano 11/11/11/11		16-Data Validade do plano 11/11/11/11		17-Data Validade do plano 11/11/11/11			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
18-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		19-Número no CRO 15789		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade do plano 11/11/11/11			
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1372123174100011213		23-Nome do Contratado Executante LIV. ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA		24-UF GO		25-Código CNES 9999999		26-Data Validade do plano 11/11/11/11			
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		27-Número no CRO 15789		28-UF GO		29-Código CBO S		30-Data Validade do plano 11/11/11/11			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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
1-0101820000859	EXODONTIA DE RAIZ	25	1	1	1	73100	0100	0100	0100	11/01/12	0100
2-0101820000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	1	73100	0100	0100	0100	11/01/12	0100
3-1111111111111											
4-1111111111111											
5-1111111111111											
6-1111111111111											
7-1111111111111											
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/12 12 21		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1146100		47-Valor Total R\$		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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/12 12 21	11/01/12 12 21	11/01/12 12 21