



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

Tratado para você sorrir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 1 0 1 0 5 1 2 2	4-Data de Autorização 1 7 1 0 5 1 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9883630	7-Data Validade da Sanha 0 8 1 0 8 1 2 2	974938 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 0 2 5 4 7 8 8 3 6 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		14-Telefone () 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
13-Nome EMILLY SOPHYEA LIODORO ANTUNES DOS SANTO		09/09/2011		15-Nome do titular do plano MICHELE LIODORO ANTUNES DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		18-Número no CRO 38540		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 1 5 7 1 5 8 0 1 9 7 2 0 1 1 1 1		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		23-Número no CRO 38540		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-			
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA		27-Número no CRO 38540		28-UF RJ		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 1 8 1 0 0 1 0 0 6 5			CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0 0				17/05/22	
2-	0 0 1 8 4 0 0 1 1 2			APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	7 6 1 0 0				17/05/22	
3-	0 0 1 8 3 0 0 0 8 9			EXODONTIA SIMPLES DE			65	7 3 1 0 0				17/05/22	
4-	0 0 1 8 1 0 0 1 4 2 1			RX PERIAPICAL			1	1 4 1 0 0				17/05/22	
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	44-Tipo de Atendimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	45-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	46-Total Quantidade US 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	47-Valor Total R\$ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
---	---	---	---	---	--

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 1 1 7 1 1 0 5 1 2 2	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 1 7 1 1 0 5 1 2 2	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 7 1 1 0 5 1 2 2	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1 1 7 1 1 0 5 1 2 2
--	--	--	--