

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

779029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 1 1 / 2 1	4-Data de Autorização 1 6 / 1 1 / 2 1	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 9286573	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 2 1 1 5 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () - - - -		15-Nome do titular do plano HEITOR DE ARAUJO SALES SILVA OLIVEIRA	
13-Nome HEITOR DE ARAUJO SALES SILVA OLIVEIRA		13/05/1996			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 6068		19-UF RN	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMILSON OLIVEIRA SIQUEIRA JUNIOR	22-Nome do Contratado Executante AMILSON OLIVEIRA SIQUEIRA JUNIOR		23-UF RN	24-UF RN
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 9 4 1 1 6 8 4 3 0		25-Código CNES 6068		26-UF RN	
28-Nome do Profissional Executante AMILSON OLIVEIRA SIQUEIRA JUNIOR		27-Número no CRO 6068		29-UF RN	

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 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
2-0 0 1 8 1 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
3-0 0 1 8 1 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
4-0 0 1 8 1 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
5-0 0 1 8 1 5 2 0 0 1 5 8		TRATAMENTO ENDODONTICO	26		1	5 3 3 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
6-0 0 1 8 1 5 2 0 0 1 5 8		TRATAMENTO ENDODONTICO	27		1	5 3 3 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
7-0 0 1 8 1 5 2 0 0 1 5 8		TRATAMENTO ENDODONTICO	16		1	5 3 3 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
8-0 0 1 8 1 5 2 0 0 1 4 0		TRATAMENTO ENDODONTICO	37		1	3 3 3 0 0		0 1 0 0		1 2 / 1 2 / 1		x Heitor
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 2 0 7 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0
---	---	---	---	-----------------------------------	--

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 19/11/11 11/2 Amilson Oliveira Siqueira Junior Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/11 11/2 Amilson Oliveira Siqueira Junior Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/11 11/2 Heitor de Araujo Sales e Silva CRO/RN- 6068	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------