



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

350257
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2018	4-Data de Autorização 10/06/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7756956	7-Data Validade da Senha 10/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202531082800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONE CONCEICAO RAMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIMONE CONCEICAO RAMOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS	18-Número no CRO 42998	19-Uf RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 148542227		22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS	23-Número no CRO 42998	24-Uf RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS		27-Número no CRO 42998	28-Uf RJ	29-Código CBO S	

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	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/08/20	
2	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/08/20	
3	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/08/20	
4	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/08/20	
5	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			06/08/20	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 do 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, 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 Responsável 06/08/2018, Ingrid Tranhaque Santos, CRO 42998	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/2018, Dra. Ingrid Tranhaque Santos, CRO 42998	52-Data, local e Assinatura do Operador Responsável 06/08/2018, Simone Conceicao Ramos	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/08/2018, Clínica Odontológica - Ite, CNPJ: 27.542.270/0001-25
---------------	---	--	---	--