

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



383321
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 09/12/10	4-Data de Autorização 10/07/11 01/02/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7907107	7-Data Validade da Senha 12/04/11 12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025312368000000101									
13-Nome MARIA RITA CELESTINA				14-Telefone 13/05/1971		15-Nome do titular do plano MARIA RITA CELESTINA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 69312060287		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES Envair - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				27-Número no CRO 8958		28-UF BA		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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/07/10		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/07/10		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/07/10		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/07/10		
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			10/07/10		
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00			10/07/10		
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00			10/07/10		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/10/20	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 327,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 07/10/20 Drª Jessica L. de Queiroz Cirurgiã-Dentista CRO-BA - 14.537	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20 Drª Jessica L. de Queiroz Cirurgiã-Dentista CRO-BA - 14.537	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07.10.20 MARIA RITA CELESTINA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20
---	---	--	---