

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

459865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8223154	7-Data Validade da Senha 21/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534883200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WANDERSON FERREIRA SOARES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WANDERSON FERREIRA SOARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANILCE OLIVEIRA MORAES		18-Número no CRO 39072	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05177304647	22-Nome do Contratado Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES		23-Número no CRO 39072	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante VANILCE OLIVEIRA MORAES			27-Número no CRO 39072	28-UF MG	29-Código CBO S (I) 85100200

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/02/21		Wanderson
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/02/21		Wanderson
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/02/21		Wanderson
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/02/21		Wanderson
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/02/21		Wanderson
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MV	1	88,00	0,00		S	08/02/21		Wanderson
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	22/02/21		Wanderson
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	22/02/21		Wanderson
9-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	25/02/21		Wanderson
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/02/21	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 472,00	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 04/04/21 montes elaud	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/04/21 Vanilce moraes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21 Wanderson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/04/21
--	--	---	---

Vanilce Oliveira Moraes
Cirurgiã Dentista
CRO 39072