

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1129778
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/09/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10326130		7-Data Validade da Senha 01/12/2012			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025104360000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FELIPE DOUGLAS GOMES DOS SANTOS											
14-Telefone () / /											
15-Nome do titular do plano FELIPE DOUGLAS GOMES DOS SANTOS											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO JOSE GOMES DA SILVA		18-Número no CRO 12777		19-UF PE		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0672181298436		22-Nome do Contratado Executante DIEGO JOSE GOMES DA SILVA									
26-Nome do Profissional Executante DIEGO JOSE GOMES DA SILVA		27-Número no CRO 12777		28-UF PE		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
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				14/09/22	Felipe
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				14/09/22	Felipe
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				14/09/22	Felipe
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				14/09/22	Felipe
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				14/09/22	Felipe
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto 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 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 14/09/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/22	52-Data, local e Assinatura do Responsável 14/09/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/22
---	---	--	---

Felipe Douglas Gomes Dos Santos