



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A"



381173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/12/19	4-Data de Autuação 10/16/11	5-Scripta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7896374	7-Data Validade da Scripta 12/11/12
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 1002020252442020000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAIS MORAES DA SILVA	12/09/1986	14-Telefone 12113410715504	15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FATIMA DA CUNHA COSTA	18-Número no CRO 17044	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-UF RJ	22-UF RJ	23-UF RJ	24-UF RJ	25-Código CBO S	26-Código CBO S	27-UF RJ	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-UF RJ	31-UF RJ	32-UF RJ	33-UF RJ	34-UF RJ	35-UF RJ	36-UF RJ	37-UF RJ	38-UF RJ	39-UF RJ	40-UF RJ	41-UF RJ	42-UF RJ	43-UF RJ	44-UF RJ	45-UF RJ	46-UF RJ	47-UF RJ	48-UF RJ	49-UF RJ	50-UF RJ	51-UF RJ	52-UF RJ	53-UF RJ	54-UF RJ	55-UF RJ	56-UF RJ	57-UF RJ	58-UF RJ	59-UF RJ	60-UF RJ	61-UF RJ	62-UF RJ	63-UF RJ	64-UF RJ	65-UF RJ	66-UF RJ	67-UF RJ	68-UF RJ	69-UF RJ	70-UF RJ	71-UF RJ	72-UF RJ	73-UF RJ	74-UF RJ	75-UF RJ	76-UF RJ	77-UF RJ	78-UF RJ	79-UF RJ	80-UF RJ	81-UF RJ	82-UF RJ	83-UF RJ	84-UF RJ	85-UF RJ	86-UF RJ	87-UF RJ	88-UF RJ	89-UF RJ	90-UF RJ	91-UF RJ	92-UF RJ	93-UF RJ	94-UF RJ	95-UF RJ	96-UF RJ	97-UF RJ	98-UF RJ	99-UF RJ	100-UF RJ
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------------	-----------------	-------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Rigido	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franque-Comparticipação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3600	000	000	000	000	14/10/20	000
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3600	000	000	000	000	14/10/20	000
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3600	000	000	000	000	14/10/20	000
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3600	000	000	000	000	14/10/20	000
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total RS	48-Total Franquia - Comparticipação RS
			14400	14400	000

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, adoto 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), (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 Profissional Solicitante	51-Data Local e Assinatura do Profissional Responsável	52-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente	53-Data Local e Assinatura do Profissional Contratado
14/10/20	14/10/20	14/10/20	14/10/20