

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



465342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8248776	7-Data Validade da Senha 29/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202535293100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WELTON ARAUJO DE SOUZA				14-Telefone 14/05/1996	15-Nome do titular do plano WELTON ARAUJO DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		18-Número no CRO 4842	19-UF PA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00942973127		22-Nome do Contratado Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES		23-Número no CRO 4842		24-UF PA	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ELIZA APARECIDA QUEIROZ FERREIRA KRINDGES				27-Número no CRO 4842		28-UF PA	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Wilton
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Wilton
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Wilton
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Wilton
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/02/21	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 144,00	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 04/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/02/21
---	---	---	--

Eliza A. Q. F. Krindges
Cirurgiã Dentista
CRO 4842 - PA