



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/1011/211	4-Data de Autorização 11/09/1011/211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 456308	7-Data Validade da Senha 11/08/1014/1211
--------------------------	---	---	-----------------------	--------------------------------------	---

456308
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020025326832000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/1111
--------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JOZENIR DA MOTA MALHARDES

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano JOZENIR DA MOTA MALHARDES
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA
--	--

18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CRO S 025 -
---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1066194171523111	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-Código CRO S BA
---	---------------------------	-----------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Atendimento
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	1	73,00	0,00	0,00	1	23/03/23		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência
--	---

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$
---	--------------------

47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$
--------------------	--------------------

49-Observação

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 23/03/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/03/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/03/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/03/23 SSA
---	---	---	---