



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/11 12/12/10	4-Código de Autorização 1017/112/210	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 816757	7-Data Validade da Sentença 10/4/11 03/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	--------------------------------------	---

434290
INTERCÂMBIO

8-Número da Central 101021021513151211710101010111011	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Central 11/11/11	12-Número de Central Nacional de Saúde 11/11/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

13-Nome GILVANETE GONCALVES DE SOUZA	10/04/1994	14-Telefone (41) 987869114	15-Nome do Usário de Plano GILVANETE GONCALVES DE SOUZA
---	------------	-------------------------------	--

16-Endereço do Prestador N	17-Endereço do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON	18-Endereço do Profissional THIAGO MALBAR MOSCON	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
-------------------------------	---	---	-------------	--------------------------

21-Código de Operadora - CBO S / CBO P 10182171611815173181	22-Endereço do Profissional THIAGO MALBAR MOSCON	23-Endereço do Profissional THIAGO MALBAR MOSCON	24-UF BA	25-Código CBO S 025 -
--	---	---	-------------	--------------------------

26-Endereço do Profissional THIAGO MALBAR MOSCON	27-Endereço do Profissional THIAGO MALBAR MOSCON	28-UF BA	29-Código CBO S 025 -
---	---	-------------	--------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data Recibo	34-Estado	35-Cidade	36-Quantidade US	37-Valor	38-Preço Unitário	39-Preço Total	40-Valor da Redução	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-10	01181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	16111010	101010	101010	101010	101010	101010	08/12/20
2-10	01181511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	16111010	101010	101010	101010	101010	101010	08/12/20
3-10	01181511010119161											
4-10	01181511010119161											
5-10	01181511010119161											
6-10	01181511010119161											
7-10	01181511010119161											
8-10	01181511010119161											
9-10	01181511010119161											
10-10	01181511010119161											
11-10	01181511010119161											
12-10	01181511010119161											
13-10	01181511010119161											
14-10	01181511010119161											
15-10	01181511010119161											

43-Endereço do Paciente 08/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11221010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Fratura / De-estipulação R\$ 101010
-------------------------------------	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

49-Declarar, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceita e autoriza a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	50-Declarar, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceita e autoriza a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.
---	---

51-Data, hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20	52-Data, hora e Assinatura do Dentista Auxiliar / Responsável 08/12/20	53-Data, hora e Assinatura do Gerente da Empresa 08/12/20
--	---	--