

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

485555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2021	4-Data de Autorização 12/05/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8334003	7-Data Validade da Senha 12/05/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202533966600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAQUEL DE JESUS COSTA	14-Telefone 02/03/1997	15-Nome do titular do plano SILVONEI LIMA GALIZA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA
27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S	30-Valor		

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73,00	0,00		S	10/03/2021	Raquele 0980
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	0,00	0,00						

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), foliaram 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 10/03/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/03/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2021
---------------	---	---	---	---