



Integrantes para VOS 2017

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



646554
INTERCÂMBIO

Hospetro ANS
408414

3-Dados de Emissão da Guia
10/14/10/18/12/11

4-Dados de Autorização
10/15/10/18/12/11

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8896650

7-Dados Válidos da Semeta
10/12/11/11/12/11

Dados de Beneficiário

8-Número da Carteira
10/012/012/5/4/0/0/7/0/7/0/0/0/0/1/0/1/1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dados Válidos da Carteira
11/11/11/11/11/11

12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome
EMILIA MICAELA MATEUS

15-Nome do Titular do plano
EMILIA MICAELA MATEUS

Dados do Contratado / Proponente pelo Tratamento

16-Nome do Profissional Solicitante
ROC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
35532

19-UF
MG

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP
10/515/418/619/816/113

22-Nome do Contratado Escrutante
LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES

23-Número no CRO
35532

24-UF
MG

25-Código CBO S
09

Enviar - RX
(1) 81000405 (1) 81000375-RPE
(1) 81000375-RMD (1) 81000375-RUE
(1) 81000375-RPD

26-Nome do Profissional Escrutante
LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES

27-Número no CRO
35532

28-UF
MG

29-Código CBO S
09

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Régulo	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Válid	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	10	811001041015				1	8110010			0110101		
2-0	10	811001031715				1	8110010			0110101		
3-0	10	811001031715				1	8110010			0110101		
4-0	10	811001031715				1	8110010			0110101		
5-0	10	811001031715				1	8110010			0110101		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados Finais do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidades US

47-Válid Total R\$

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura de Cuidado-Dentista Solicitante

51-Código de Procedimento / CNPJ / CNP

52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dados, local e Assinatura da Empresa

LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES

Cirurgião-Dentista / Radiologista

CRO MG 35532