

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1462801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 5 / 2 3	4-Data de Autorização 2 3 / 0 5 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11251809	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 8 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 6 9 1 1 7 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS FERNANDES ANDRADE	14-Telefone (_ _) _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano LUCAS FERNANDES ANDRADE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KERLE PRADO DA ROSA	18-Número no CRO 17352	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 4 0 8 0 7 6 0 0 0 1 0 6	22-Nome do Contratado Executante LA VITA E BELLA ODONTOLOGIA EIRELI	23-Número no CRO 17352	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante KERLE PRADO DA ROSA	27-Número no CRO 17352	28-UF SC	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S			
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S			
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S			
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0		S			
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento _ _ / _ _ / _ _	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 1 4 0 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ , 0 0	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 _ _ / _ _ / _ _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ / _ _ / _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ / _ _ / _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--