



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

458058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2011	4-Data de Autorização 12/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8212294	7-Data Validade da Senha 12/01/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202534875400000001012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

MARCONE LIMA GALIZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DILCELIA DE JESUS LIMA GALIZA
---------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

414 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

23-Número no CRO

16305

26-Nome do Profissional Executante

SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA

27-Número no CRO

16305

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	010811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				20/01/21	ma rex
2	010814000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00				21/01/21	ma rex
3	010814000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00				21/01/21	ma rex
4	010814000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00				21/01/21	ma rex
5	010814000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00				21/01/21	ma rex
6	010815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00				21/01/21	ma rex
7	010812000085	EXODONTIA DE RAIZ	12		1	73,00				21/01/21	ma rex
8	010812000085	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00				21/01/21	ma rex
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

33.728.651/0001-51

Consultório Odontológico Imperio Soriso

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 408,00	47-Valor Total 408,00	48-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 obrigações de pagamento previstas no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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 a planilha de faturamento que será anexada a este 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 12/10/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/21	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/21	53-Data, local e Assinatura do Operadora 12/10/21
---	---	---	--

Salvador - BA.

SSA