

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



474065
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/02	4-Data de Autorização 11/01/02	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8287272	7-Data Validade da Senha 11/01/05
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020205351142000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome JOSE HUMBERTO VALLIM SCARAMUSSA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	18-Número no CRO 26384	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07106976784	22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	23-Número no CRO 26384	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	27-Número no CRO 26384	28-UF RJ	29-Código CBO S		

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 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0	S	12/02/21								
2-	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0		0 0 0	S	12/02/21								
3-	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0		0 0 0	S	12/02/21								
4-	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0		0 0 0	S	12/02/21								
5-	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0		0 0 0	S	12/02/21								
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/02/21		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1 7 4 0 0		47-Valor 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) 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, 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 12/01/02	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/02	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/02	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/02
---	---	---	---

ODONTOLIFE
CRO RJ 26384
CRO RJ 26384
CRO RJ 26384
CRO RJ 26384