



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/2019

4-Data de Autorização
13/01/2019

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7892986

7-Data Validade da Santa
12/11/2020

8-Número da Carteira
01020253126000000000101

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
380710
INTERCÂMBIO

13- Nome
PAULO ROBERTO ROMAGNOLI

14- Telefone
() - - - - -

15- Nome do titular do plano
PAULO ROBERTO ROMAGNOLI

16-Atendimento a RN
N

17- Nome do Profissional Solicitante
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

18- Número no CRO
118811

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
143812232803

22- Nome do Contratado Executante
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

23- Número no CRO
118811

24-UF
SP

25-Código CNES
SP

26- Nome do Profissional Executante
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

27- Número no CRO
118811

28-UF
SP

29-Código CBO S

30- Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Glosa 42- Assinatura
1-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/20	
2-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/20	
3-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/20	
4-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/11/20	
5-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
11440,00

47-Valor Total R\$
1010,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1010,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/2010

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.