

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1870949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/05/24	4-Data de Autorização 05/06/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12445456	7-Data Validade da Senha 01/08/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202578869500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VIRGINIA BRITO SILVA COSTA		14-Telefone 02/08/1985	15-Nome do titular do plano VIRGINIA BRITO SILVA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRACILDA DOS REIS MACEDO CERQUEIRA	18-Número no CRO 3025	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11662794568	22-Nome do Contratado Executante IRACILDA DOS REIS MACEDO CERQUEIRA	23-Número no CRO 3025	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IRACILDA DOS REIS MACEDO CERQUEIRA		27-Número no CRO 3025	28-UF BA	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00			15/06/24		SSilva
2												
3												
4												
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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 05/06/24 Iracilda dos Reis Macedo Cerqueira Cirurgião-Dentista CRO-BA 3025	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/24 Iracilda dos Reis Macedo Cerqueira Cirurgião-Dentista CRO-BA 3025	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/24 Virginia B.S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--