



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AF

410612
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8018954	7-Data Validade da Guia 01/12/2011						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025328537000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2011						
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome ROSA MARIA DE ARAUJO ALVES											
14-Telefone (11) 1111-1111											
15-Nome do titular do plano ANDERSON ANTONIO GOMES											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES											
18-Número no CRO 4287											
19-UF GO											
20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa											
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 091688016468											
22-Nome da Contratada Executante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES											
23-Número no CRO 4287											
24-UF GO											
25-Código CBO 3											
26-Nome do Profissional Contratado MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES											
27-Número no CRO 4287											
28-UF GO											
29-Código CBO 3											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fragila	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Atividade
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00		01/12/20	✓
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00		01/12/20	✓
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00		01/12/20	✓
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		15/12/20	✓
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		15/12/20	✓
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		15/12/20	✓
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		15/12/20	✓
8	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	8,00	0,00	0,00		01/12/20	✓
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término de Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
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 apresentado, 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 Contratado											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
53-Data, local e Carimbo da Empresa											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AF

410612
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Cota de Emissão da Cua 03/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Cua Principal 8018954	7-Data Validade da Senha 01/11/2012
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532853700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSA MARIA DE ARAUJO ALVES	14-Data de Nascimento 13/06/2000	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano ANDERSON ANTONIO GOMES
---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES	18-Número no CRO 4287	19-UF GO	20-Código CBO B 025 -
---	--	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 91688016468	22-Nome do Contratado Executante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES	23-Número no CRO 4287	24-UF GO	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MICHELINE DE MEDEIROS RODRIGUES	27-Número no CRO 4287	28-UF GO	29-Código CBO B
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Pigmento	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Justificativa
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	01/12/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	01/12/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	15/12/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	15/12/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	15/12/20		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	15/12/20		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	15/12/20		
8	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	8,00	0,00	0,00	01/12/20		
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista - 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 361,00	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 apresentado, aceito 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 Solicitante 15/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2020
---	---	---	---