



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



457202

Registro ANS I06414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8210759	7-Data Validade da Senha 19/04/21
Idos do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Número da Carteira 00202507811900182101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /
1-Nome TATIANE TOMAZ CANTUARIA			14-Telefone 12/08/1978	15-Nome do titular do plano TATIANE TOMAZ CANTUARIA	
Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN V	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLOGICO DUDENT		18-Número no CRO 10273	19-UF DF	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86101560104			22-Nome do Contratado Executante LEONARDO DE LIMA DIAS	23-Número no CRO 10273	24-UF DF
25-Código CNES			26-Código CBO S		
27-Nome do Profissional Executante LEONARDO DE LIMA DIAS			27-Número no CRO 10273	28-UF DF	29-Código CBO S

Faturar Empresa

1-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
-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/01/21		
-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/01/21		
-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/01/21		
-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/01/21		
-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/01/21		
-												
-												
-												
-												
3												
1												
2												
3												
4												
5												

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 178,00	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.

Observação

Dr. Leonardo Dias
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 10273

Dr. Leonardo Dias
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 10273

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/01/21	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--