

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 1 / 2 2		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9477826		7-Data Validade da Senha 1 8 / 0 4 / 2 2		842930 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário		4-Data de Autorização 1 8 / 0 1 / 2 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDILEIA RIBEIRO SOUZA		14-Telefone () / /		15-Data Validade da Carteira / / / /		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número do CNPJ / CPF 1 3 2 1 9 2 4 0 3 8 3 9	
19-Atendimento a RN N		20-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 2 1 9 2 4 0 3 8 3 9		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		24-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES	
25-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		27-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		28-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		29-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		30-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES	
31-Código do Procedimento 1 0 1 0 8 1 0 0 0 4 2 1		32-Descrição RX PERIAPICAL		33-Dente/Região RPSE		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 1 4 0 0	
37-Valor 0 0 0 0		38-Franquia/Co-participação R\$ 0 0 0 0		39-Aut S		40-Data de Realização 1 8 / 0 1 / 2 2		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Audição		43-Data Previsto Término do Tratamento / /	
44-Tipo de Atendimento 1		45-Tipo de Faturamento 1		46-Total Quantidade US 1 4 0 0		47-Valor Total R\$ 4 2 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0		49-Observação	

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