

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 06/10/2015		4-Data de Autorização 07/10/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7544873		7-Data Validade da Senha 04/10/2018		310766 INTERCÂMBIO													
8-Número da Carteira 000202529800400000103				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											
13-Nome LUZIA DAS GRACAS SOUZA				14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano CINTIA MARIANA VICENTE																	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		18-Número no CRO 134314		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		21-UF SP		22-Código CNES 134314		Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43203008823		22-Nome do Contratado / Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		23-Número no CRO 134314		24-UF SP		25-Código CNES 134314		26-UF SP		27-Código CBO S 134314													
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		27-Plano de Tratamento / Procedimento(s) Solicitados		28-Número no CRO 134314		29-UF SP		30-Código CBO S 134314																	
30- Tabela		31- Código do Procedimento		32- Descrição		33- Dente/Região		34- Faixa		35- Qtd		36- Quantidade US		37- Valor											
1- 000811001030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		34		00		00		00											
2- 00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36		00		00		00											
3- 00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36		00		00		00											
4- 00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36		00		00		00											
5- 00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																							
6- 00085300047																									
7- 00085300047																									
8- 00085300047																									
9- 00085300047																									
10- 00085300047																									
11- 00085300047																									
12- 00085300047																									
13- 00085300047																									
14- 00085300047																									
15- 00085300047																									
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		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 1178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00													
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 odontológico, 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o profissional a emitir o documento de prestação de serviços 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.														50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2015		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015	
49-Observação Cirurgião Dentista CRO 134314														50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2015		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015					