



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 18 / 10 / 17 11 2 0 1	4-Data de Autorização 12 0 1 / 0 1 7 11 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715338	7-Data Validade da Senha 1 16 / 1 1 0 11 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

341435
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 0 5 19 1 0 0 0 0 1 0 1 1	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 FRANCISCO ALVES DOS SANTOS	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano FRANCISCO ALVES DOS SANTOS
---------------------------------------	--------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL	18-Número no CRO 9234	19-UF GO	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 10 7 0 5 6 7 16 1 1 0 1 1	22-Nome do Contratado Exatante MARCIA LUZ MARQUES	23-Número no CRO 9234	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-16
---	--	--------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Exatante MARCIA LUZ MARQUES	27-Número no CRO 9234	28-UF GO	29-Código CBO S	(IF) 85200166-35
--	--------------------------	-------------	-----------------	------------------

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 Class 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-10	0 1 8 5 2 0 0 1 5 18	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16	1	1	1	5 3 3 0 10	0 1 0 0	S 31	11 08	11 20	Shomix
2-10	0 1 8 5 2 0 0 1 6 16	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35	1	1	1	2 5 8 0 10	0 1 0 0	S 31	11 08	11 20	Shomix
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11 / 11 / 11	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	1-1 Total 2-Parcial	1 17 19 1 10	110.637.592,000	001

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 no 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.