

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



451058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2014	4-Data de Autorização 11/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8184301	7-Data Validade da Senta 11/11/2014
8-Dados do Beneficiário 10-02102534778700001031			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2014
13-Nome JOAO GUILHERME SUZARTE DE LIMA			16/05/2014	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LETICIA LESLIE SUZARTE DA SILVA
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523		22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 16305	19-UF BA
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 16305		24-UF BA	25-Código CNES
		28-UF BA		29-Código CBO S	

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 Glosa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	22/01/21		João
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	22/01/21		João
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	22/01/21		João
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	22/01/21		João
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	22/01/21		João
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

33.728.651/0001-51

Consultório Odontológico Império Sorriso
 Av. Dorival Caymmi, 44198
 Itapua, CEP: 16381-150
 Ed. Walfen Negreiros, Sala 110

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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) 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 22/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/21 SSA
---	---	---	---