

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



311725
INTERCÂMBIO

1-F-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 01/08/2015	3-Data de Autorização 13/10/2015	4-Data de Autorização 13/10/2015	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7551821	7-Data Validade da Sineta 01/06/2018
----------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010202025298011000000102	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 ANDREZA MARIA DE JESUS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA DAS GRACAS DE MATOS
-----------------------------------	------------------------------	--

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-Código CNES 24-UF SP	22-Código CNES 25-UF SP
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------	-------------------------------	-------------------------------

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1432013008823	24-Nome do Contratado Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	25-Número no CRO 134314	26-Número no CRO 134314
--	---	----------------------------	----------------------------

27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	28-Valor	29-Franchisa/Co-participação R\$	30-Data de Realização	31-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--	----------	----------------------------------	-----------------------	----------------------------------

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Relejo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		27	0	1	1	34,00	0,00	1	11/05/2015	X Andrey
2-00081000196	RESTAURAÇÃO RESINA				1	1	61,00	0,00	1	11/05/2015	X Andrey
3-00081000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	1	36,00	0,00	1	11/05/2015	X Andrey
4-00081000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	1	36,00	0,00	1	11/05/2015	X Andrey
5-00081000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	1	36,00	0,00	1	11/05/2015	X Andrey
6-00081000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	1	36,00	0,00	1	11/05/2015	X Andrey
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1239,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2015
---	---	---

Dr. Rodrigo Monteiro
Cirurgião Dentista