

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

1158845
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/19		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10401824		7-Data Validade da Senha 12/05/19		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 10020251296300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/19		15-Nome do titular do plano AUXILIADORA FELIX DE CASTRO	
13-Nome AUXILIADORA FELIX DE CASTRO		25/04/1978		14-Telefone (11) 11111111		18-Número no CRO 15789		19-UF GO		20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13171212317140001123		22-Nome do Contratado Executante LIV. ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA		23-Número no CRO 15789		24-UF GO	
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		27-Número no CRO 15789		28-UF GO		29-Código CEO S		33-Dente/Região 35-Qtd 36-Quantidade US		37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
30-Tabela		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		1		3400	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data, Previsão Término do Tratamento 14/09/20		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 0,00		48-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, 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 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Felipe de Castro