



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

318686
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2016	4-Data de Autorização 01/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7603206	7-Data Validade da Senha 31/01/2018							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002020253018480000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARIA ROZENA FAUSTINA DE REZENDE		14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do plano MARIA ROZENA FAUSTINA DE REZENDE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61112820111010	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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	00811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/10/2016		Maria
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/10/2016		Maria
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/10/2016		Maria
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/10/2016		Maria
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/10/2016		Maria
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		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 178,00		47-Valor Total R\$ 67,64		48-Total Franquia / 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 01/10/2016 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2016 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2016 Maria Rozena Faustina de Rezende												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/2016												