

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



514597
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/04/21	4-Data de Autorização _/_/___/___	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 514597	7-Data Validade da Senha 04/07/21
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536811400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTERO AUGUSTO DA SILVA		14-Telefone (_) - _-_-_-_-	15-Nome do titular do plano ANTERO AUGUSTO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TATIANE REGINA CARRER CEDAN	18-Número no CRO 52563	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40466015828	22-Nome do Contratado Executante TATIANE REGINA CARRER CEDAN	23-Número no CRO 52563	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante TATIANE REGINA CARRER CEDAN		27-Número no CRO 52563	28-UF MG	29-Código CBO S

Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200
(I) 85100200

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N			
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N			
6-	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		N			
7-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DM	1	88,00	0,00		N			
8-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DM	1	88,00	0,00		N			
9-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	88,00	0,00		N			
10	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		N			
11	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		N			
12	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DM	1	88,00	0,00		N			
13	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N			
14	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N			
15												

43-Data Previsão 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 795,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 _/_/___/___	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/___/___	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/___/___	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/___/___
--	--	--	--