Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 465885

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número de Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/01/21	02/02/21	AUTORIZADO	8251244	29/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205347712000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MIRIAM DA SILVA 12/07/1974	( ) -	MIRIAM DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	PAULINO DOS SANTOS	94633	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
32216203815	PAULINO DOS SANTOS	94633	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PAULINO DOS SANTOS	94633	SP	

Faturar Empresa

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-
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/02/21		MS
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/02/21		MS
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/02/21		MS
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/02/21		MS
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/02/21		MS
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Provável da Realização	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-particip
12/02/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	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 custo 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 docume referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e assinatura do Profissional Executante	51-Data, local e assinatura do Profissional Contratado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/02/21	12/02/21	12/02/21 miriam da silva	/ /

Digitalizado com CamScanner