



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/09/2019		4-Data de Autorização 10/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7923889		7-Data Validade da Senha 12/09/2012		386404 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 10020253234340000101				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 WEDNY ROSA DA SILVA				20/09/1997		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano WEDNY ROSA DA SILVA															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE				18-Número no CRC 8301		19-UJ ES		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 116768536770111		22-Nome do Contratado Executante PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE				23-Número no CRC 8301		24-UJ ES		25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Executante PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE		27-Número no CRC 8301				28-UJ ES		28-Código CBO S															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Faixa		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		1		1		3400		000		000		S		17/OUT/2020		1111	
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO				1		1		1		3500		000		000		S		17/OUT/2020		1111	
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO				1		1		1		3500		000		000		S		17/OUT/2020		1111	
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO				1		1		1		3500		000		000		S		17/OUT/2020		1111	
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO				1		1		1		3500		000		000		S		17/OUT/2020		1111	
6-11111111111																						1111	
7-11111111111																						1111	
8-11111111111																						1111	
9-11111111111																						1111	
10-11111111111																						1111	
11-11111111111																						1111	
12-11111111111																						1111	
13-11111111111																						1111	
14-11111111111																						1111	
15-11111111111																						1111	
43-Data Previsão Término do Tratamento 17/OUT/2020		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-Tipo de Faturamento 1-1		46-Total Quantidade US 117400		47-Valor Total R\$ 117400		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000													

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.

19-Niservario

49-005ervapao
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

efinitiva.

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