

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1121102
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 8 / 2 2	4-Data de Autorização 2 6 / 0 8 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10301241	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 1 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 9 7 6 1 0 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALZIRA MARIA DUARTE DE QUEIROZ FERNANDES 08/03/1975		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WANDERSON RODRIGUES DE PAULA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA SILVA CARDOSO	18-Número no CRO 11854	19-UF GO	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RPID (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPIE (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RII (I) 81000421-RCIE (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 6 6 8 1 4 8 0 0 0 1 0 0	22-Nome do Contratado Executante C R O I - CENTRO DE RADIOLOGIA	23-Número no CRO 11854	24-UF GO	25-Código CNES 5659892	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA SILVA CARDOSO	27-Número no CRO 11854	28-UF GO	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-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMDS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPDS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
4-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
5-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCID		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
6-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
7-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
8-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RII		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
9-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
10-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
11-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCIE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
12-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RCSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
13-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
14-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
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 1 9 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 / /
--	--	--	--