

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

616230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/2017 12:11	4-Data de Autorização 11/14/2017 12:11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8802093	7-Data Validade da Sentença 11/10/2017 12:11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 000202025398641000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome LEONARDO LOPES DE OLIVEIRA		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome LEONARDO LOPES DE OLIVEIRA		16-Data de Nascimento 12/06/1982		17-Nome do Titular do plano LEONARDO LOPES DE OLIVEIRA		18-Data Validade do plano	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRQ 35735		19-UF RJ		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa	
17-Nome do Profissional Solicitante ATELIE CHAVES DO SORRISO		23-Número no CRQ 35735		24-UF RJ		25-Código CNES			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11086238775		22-Nome do Contratado Executante PRISCILA CHAVES MOREIRA		27-Número no CRQ 35735		28-UF RJ		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILA CHAVES MOREIRA		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região	

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
1-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	01/10/21	X
2-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	01/10/21	X
3-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	01/10/21	X
4-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0,00	01/10/21	X
5-010181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34	0,00	0,00	0,00	0,00	01/10/21	X
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 110,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 110,00
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 12:11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 13/11/2017 12:11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 12:11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

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. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (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.