

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

443854
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 8 / 0 3 / 1 2 1 1

6-Número da Guia Principal
8157572

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 1 9 / 1 1 2 / 1 2 1 0

3-Data de Emissão da Guia
1 1 8 / 1 1 2 / 1 2 1 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 1 2 5 3 3 5 7 2 2 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TATHIANA BRITO DE MEDEIROS

17/05/1980

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
TATHIANA BRITO DE MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 6 5 2 3 9 9 0 3 8 7

22-Nome do Contratado Executante
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

18-Número no CRO
8314

19-UF
CE

20-Código CBO S
025 -

21-UF
CE

26-Nome do Profissional Executante
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

27-Número no CRO
8314

28-UF
CE

29-Código CBO S

30-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-Assinatura
1-0	0 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	6 1 1 0 0 0	0,00	0,00	S	/ /	Tathiana
2-0	0 8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	M	1	6 1 1 0 0 0	0,00	0,00	S	/ /	Tathiana
3-0	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0 0	0,00	0,00	S	/ /	Tathiana
4-										/ /	
5-										/ /	
6-										/ /	
7-										/ /	
8-										/ /	
9-										/ /	
10										/ /	
11										/ /	
12										/ /	
13										/ /	
14										/ /	
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-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$

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 de Cirurgião-Dentista Solicitante

19/12/2019

19/12/2019

Roberta

19/12/2019

Tathiana

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

19/12/2019

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI

19/12/2019

Dr. Roberto C. Vasconcelos

Dr. Roberto C. Vasconcelos

2

R. Barão do Rio Branco, 1071 S/E - 20120-020

Ed. Lobras Centro CEP- 60.025-060

Fortaleza - CE