

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24º

2253786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2013	4-Data de Autorização 12/05/2013	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 2253786	7-Data Validade da Santa 12/06/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002020251166648000010101	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 JOAO PAULO SOUZA DA SILVA	28/02/1992	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JOAO PAULO SOUZA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				025 - Faturar Empresa			
16-Mendicamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA	18-Número no CRO 94990	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141229102000198	22-Nome do Contratado Executante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA	23-Código CNES 6021638
24-UF SP	25-Código CBO S	26-Nome do Profissional Executante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA	27-Número no CHO 94990	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-0	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	144,00	0,00	0,00	S	28/03/25	25
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1-Total 2-Parcial 144,00	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 144,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 28/03/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/03/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/03/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/03/25
---------------	---	---	---	---

Dra. Lourdes Melina A.

Cirurgia - Dentista

CRPSP 94990