



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1884756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/05/24	4-Data de Autorização 22/05/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12489553	7-Data Validade da Senha 13/08/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025111396800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE AUGUSTO BARTH DE FREITAS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE AUGUSTO BARTH DE FREITAS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIZANGELA CARNEIRO DE OLIVEIRA FERNANDEZ	18-Número no CRO 149152	19-UF SP	20-Código CBO S 025	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45841176000104	22-Nome do Contratado Executante ELIZANGELA CARNEIRO DE OLIVEIRA FERNANDEZ	23-Número no CRO 149152	24-UF SP	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante ELIZANGELA CARNEIRO DE OLIVEIRA FERNANDEZ		27-Número no CRO 149152	28-UF SP	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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	22/05/24		
2												
3												
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-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 22/05/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/05/24
--	---	---	---

Dra. Elizângela Fernandez
Cirurgiã Dentista
CRO-SP:149.152