



Qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



304378
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/16/10 3/12/01	4-Data de Autorização 12/16/10 3/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7497398	7-Data Validade da Sanha 12/14/10 16/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020121529634190001010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome APARECIDA SUNTAK DANIEL	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano APARECIDA SUNTAK DANIEL
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	18-Número no CRO 76750	19-UF SP	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1253150740873	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	23-Número no CRO 76750	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	27-Número no CRO 76750	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 Classe 42-Assinatura
1-0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	1	61,00	0,00	0,00	S	01/04/20	reparado
2-0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	1	61,00	0,00	0,00	S	01/04/20	reparado
3-0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	1	61,00	0,00	0,00	S	05/10/20	reparado
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/04/2020	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 1183,00	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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/2020	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 01/04/2020
---	---	---	--

D. Flavia Anita Giraldi Cavalleiro