



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



371480
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10	4-Data de Autorização 11/11/09	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7853881	7-Data Validade da Semeta 10/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020121513117810110101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome THALLYS WILLIAM MATHIAS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Bulão do Plano SABRINA RAFAELA MATHIAS
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CRE RADIOLOGIA	18-Número no CRO 55037	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111919121215148771	22-Nome do Contratado Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO	23-Número no CRO 55037	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RICARDO WATANABE MATSUMOTO	27-Número no CRO 55037	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Densia Regio	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	3	4	5								
		DOC ORTODONTICA "A"			1	3	8	1	0	0		S 11/08/2020
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
38100												
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. Deixo, 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------