

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7919031	7-Data Validade da Sanha 12/09/2012	386324 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		8-Plano		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
10-Número de Carteira 010210125322000000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome ANTONIO JEFFERSON PAGE SOARES		20/08/1994		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ANTONIO JEFFERSON PAGE SOARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO		13-UF		20-Código CBO S	
17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO		98515		SP			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1316085806892		22-Nome do Contratado Executante MAYARA BECHARA LOBO		24-UF		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO		27-Número no CRO		23-UF		28-Código CBO S	
		98515		SP			

30-Tabella	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
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/11/2012	X ANTONIO
2-00181530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/11/2012	X ANTONIO
3-00181530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/11/2012	X ANTONIO
4-00181530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/11/2012	X ANTONIO
5-00181530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/11/2012	X ANTONIO
6-001815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			10/11/2012	X ANTONIO
7-001815100196											
8-001815100196											
9-001815100196											
10-001815100196											
11-001815100196											
12-001815100196											
13-001815100196											
14-001815100196											
15-001815100196											

43-Data 2ª revisão, término do tratamento 01/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 239,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 apresentadas, 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-Obras Vacio	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2012 X ANTONIO	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/2012	54-Data, local e Assinatura do Profissional 01/11/2012
----------------	---	---	---	--	---

Mayara Bechara Lobo

Mayara Bechara Lobo

Mayara Bechara Lobo

Mayara Bechara Lobo

Mayara Bechara Lobo