

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384879
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/09/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7912956	7-Data Validade da Senha 27/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532182300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KTHELIN KELLY TIMOTEO DA SILVA	14-Telefone 20/03/1993	15-Nome do titular do plano KTHELIN KELLY TIMOTEO DA SILVA
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELA CRISTINA VIANNA CAMOLESI	18-Número no CRO 107882	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22351110846	22-Nome do Contratado Executante GISELA CRISTINA VIANNA CAMOLESI	23-Número no CRO 107882	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GISELA CRISTINA VIANNA CAMOLESI	27-Número no CRO 107882	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 Gisa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/09/20		Kethelin
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

3-Data Previsão Término do Tratamento 28/09/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação 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.

9-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Kethelin Kelly Timoteo da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/20
---	---	--	---

BOCA DO CEU ODONTOLÓGICA
INTEGRADA S/C LTDA
CRO: 241518-03

BOCA DO CEU ODONTOLÓGICA
INTEGRADA S/C LTDA
CRO: 241518-03