

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



391120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 06/10/2019		4-Data de Autorização 19/10/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7938917		7-Data Validade da Senha 04/01/2021		391120 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202532310200000101						9-Ponto POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data validade da Carteira _/_/___/___		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GISELI FARIA SILVA						14-Telefone 28/11/1990		15-Nome do titular do plano GISELI FARIA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atribuição a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE BIAGI				18-Alcance no CBO 33920		19-LUF SP		20-Código CBO S		25 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05344909802				22-Nome do Contratado Executante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE				23-Número no CBO 33920		24-LUF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE BIAGI						27-Número no CBO 33920		28-LUF 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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	73,00	0,00	S	17/11/20			<i>Giseli</i>	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 17/11/20		44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		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, os exames foram apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional existente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) conforme 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 Grupo/Dentista Solicitante 17/11/20 <i>Giseli Faria Silva</i> 51-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista Responsável 17/11/20 <i>F. F. Romalho</i>													