

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2023	4-Data de Autorização 10/03/2023	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923858	7-Data Validade da Sentença 12/09/2023
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

**387098
INTERCÂMBIO**

8-Número da Carteira 10020253244090000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2023	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ERICA APARECIDA SANTOS DO NASCIMENTO	12/12/1980	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ERICA APARECIDA SANTOS DO NASCIMENTO
---	------------	------------------------------	---

16-Afastamento a RN EDUARDO HADDAD FILHO	17-Nome do Profissional Solicitante EDUARDO HADDAD FILHO	18-Número no CRO 56102	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111052276857	22-Nome do Contratado Executante EDUARDO HADDAD FILHO	23-Número no CRO 56102	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200 (III) 85100218
26-Nome do Profissional Executante EDUARDO HADDAD FILHO	27-Número no CRO 56102	28-UF SP	29-Código CBO S	

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 Recusa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	I	1	6,10	0,00					
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	ID	1	8,80	0,00					
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IM	1	8,80	0,00					
4-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	12,20	0,00					
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Afastamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	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) 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, conforme estabelecido no contrato de prestação de serviços.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
---------------	---	--	--	--