

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1353354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 2 / 2 3	4-Data de Autorização 2 4 / 0 3 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10934727	7-Data Validade da Senha 2 9 / 0 5 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 5 0 1 0 4 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARIEVALDO SANTOS SANTANA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ARIEVALDO SANTOS SANTANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	<p>025 - Faturar Empresa</p> <p>Enviar - RX (IF) 85400220-34</p> <p>(IF) 82000212-34</p>
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 4 8 2 2 9 2 2 0 0 0 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante AAA CLINICA ODONTOLOGICA SAO PAULO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	27-Número no CRO 30136	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 4 0 0 2 2 0	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	34		1	2 9 9 0 0	0 0		S	0 1 / 0 4 / 2 3		
2-	0 0 8 2 0 0 0 2 1 2	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	34		1	1 8 1 0 0	0 0		S	0 1 / 0 4 / 2 3		
3-	0 0 8 5 4 0 0 0 8 4	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	34		1	1 5 4 0 0	0 0		S	0 1 / 0 4 / 2 3		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 6 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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) 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-Observação
. anexar para análise de produção rx final do núcleo e da coroa em cenômero; anexar foto das coroas instaladas (provisória e cerômero).. Favor enviar na produção rx final da coroa metálica.. Favor enviar na produção rx final do núcleo e foto final da provisória.

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 / /
--	--	--	--