



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

525255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/21	4-Data de Autorização 19/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8490315	7-Data Validade da Senha 15/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535732800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIO DO AMARAL		14-Telefone 07/12/1979 () -	15-Nome do titular do plano FABIO DO AMARAL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO DUTRA FELIPE	18-Número no CRO 32268	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08197862842	22-Nome do Contratado Executante MARCIO DUTRA FELIPE	23-Número no CRO 32268	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCIO DUTRA FELIPE		27-Número no CRO 32268	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	22/04/21		x/
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/04/21		x/
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/04/21		x/
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/04/21		x/
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/04/21		x/
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/04/21	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 201,00	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, 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/04/21
---	---	---	---

MDF ODONTOLOGIA LTDA
Dr. Márcio Dutra Felipe
CROSP - 32.268