

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



501381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 2 2 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8394874	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 5 0 4 2 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 DANIELA CRISTINA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELA CRISTINA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RONALDO MADEIRA DE ALMEIDA	18-Número no CRO 16205	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 8 0 4 3 6 9 8 9 1	22-Nome do Contratado Executante RONALDO MADEIRA DE ALMEIDA	23-Número no CRO 16205	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RONALDO MADEIRA DE ALMEIDA		27-Número no CRO 16205	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/ /		
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/ /		
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/ /		
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 2 4 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			
---------------	--	--	--

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 / /
--	--	--	--