

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

462576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 11/21		4-Data de Autorização 12/09/10 11/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8236342		7-Data Validade da Senha 12/06/10 14/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número de Carteira 0002020253369580000000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome ANA BEATRIZ SILVA CONCEICAO				13/05/2005				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
15-Nome do titular do plano ALESSANDRA FATIMA SILVA CONCEICAO											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Adoção a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		18-Número no CRO 94101		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11755628897		22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		23-Número no CRO 94101		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		27-Número no CRO 94101		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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
1-0001840010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	1	26/01/21	Assinatura
2-0001840010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	26/01/21	Assinatura
3-0001840010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	1	26/01/21	Assinatura
4-0001840010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	26/01/21	Assinatura
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Quantidade US 140,00	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) 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 26/01/11/21					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/11/21					
52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 26/01/11/21					
53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 26/01/11/21					
54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 26/01/11/21					
55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 26/01/11/21					

Dr. Anesio Gracindo A. Junior
CRO 94101

Av. São João, 473 - Ponta São João
11/11/11 - Jundiaí - SP Tel: 4528-3550