

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



879506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 2 / 2 2	4-Data de Autorização 1 7 / 0 2 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9593823	7-Data Validade da Senha 1 8 / 0 5 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 5 7 1 2 9 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 ANAI CRISTIANE PEDROZO DOS SANTOS	20/12/1977	14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano ANAI CRISTIANE PEDROZO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA BONETE MIERZVA	18-Número no CRO 26857	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 3 3 1 9 1 1 9 5 4 _ _ _	22-Nome do Contratado Executante CAMILA BONETE MIERZVA	23-Número no CRO 26857	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CAMILA BONETE MIERZVA		27-Número no CRO 26857	28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/	/	
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 1,0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ ,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 _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--