

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

319202
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
3 1 / 0 8 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7605968

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 3 / 0 6 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 2 / 0 6 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1 0 1 2 0 2 5 2 8 9 3 1 3 0 0 0 0 0 1 0 1 2
10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA BEATRIZ ANDRADE VELOSO
14-Telefone
() 4 9 1 6 6 1 6 0 2 0
15-Nome do titular do plano
ANGELA ANDRADE VELOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL
18-Número no CRO
86554
19-UF
SP
20-Código CBO S
02
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 3 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7
22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA
23-Número no CRO
86554
24-UF
SP
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA
27-Número no CRO
86554
28-UF
SP
29-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

30-Tabela
31-Código do Procedimento
1 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5
32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA
33-Dente/Região
1
34-Face
35-Cld
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
0 0 0 0
39-Aut
S
40-Data de Realização
0 3 / 0 6 / 1 2 0
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

43-Data Previsão Término do Tratamento
0 3 / 0 6 / 1 2 0
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
3 4 1 0 0
47-Valor Total R\$
0 0 0 0
48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0

49-Observação
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), foram realizados 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário
0 3 / 0 6 / 1 2 0
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
0 3 / 0 6 / 1 2 0
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
0 3 / 0 6 / 1 2 0 x Ana Beatriz Andrade Veloso

53-Data, local e Carimbo da Empresa