



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Z.Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2018	4-Data de Autorização 21/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773231	7-Data Validade da Guia 10/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

353809
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1010202152939570101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome YARA MARTINS NOGUEIRA BARBOSA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano YARA MARTINS NOGUEIRA BARBOSA
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOCLIN	18-Número no CRO 115114	19-UF SP	20-Código CBO S 026 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0310910514109	22-Nome do Contratado Executante LORENA SOUSA BARROS DE FREITAS	23-Número no CRO 115114	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante LORENA SOUSA BARROS DE FREITAS	27-Número no CRO 115114	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-0	018100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			21/AGO/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 21/AGO/2020	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 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchia / 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Assinatura Dentista Solicitante 21/AGO/2020	51-Data, local e Assinatura Assinatura Dentista 21/AGO/2020	52-Data, local e Assinatura Assinatura Operadora / Responsável 21/AGO/2020	53-Data, local e Assinatura Assinatura da Empresa 11/11/11
---	--	---	---