

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/01/21 4-Data de Autorização 04/03/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8196349 7-Data Validade da Senha 14/04/21

453901
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202534513700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

VIRGINIA DA SILVA FARIAS CAVALCANTE 25/08/1982 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano VIRGINIA DA SILVA FARIAS CAVALCANTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN 18-Número no CRO 114476 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN 23-Número no CRO 114476 24-UF SP 25-Código CNES (I) 85100200 (II) 85100200

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN 27-Número no CRO 114476 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade UN	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assine
1-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3.6	0.0	0.00	S	04/03/21	Ator. Cadeira	
2-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3.6	0.0	0.00	S	04/03/21	Ator. Cadeira	
3-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3.6	0.0	0.00	S	04/03/21	Ator. Cadeira	
4-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3.6	0.0	0.00	S	04/03/21	Ator. Cadeira	
5-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	VO	1	1	8.8	0.0	0.00	S	04/03/21	Ator. Cadeira	
6-00	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	VO	1	1	8.8	0.0	0.00	S	04/03/21	Ator. Cadeira	
7-00	8.1.0.0.0.0.6.5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3.4	0.0	0.00	S	04/03/21	Ator. Cadeira	
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento 04/03/21	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 UN 354,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Franchisa / Co-participação F							

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 por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Patricia F. Ferrantin
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/03/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/03/21

CRO/SP TT4476