



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

372028
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/2019	4-Data de Autorização 14/09/2019	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7855790	7-Data Validade da Sinistro 08/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0020253127840000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional da Saúde
13-Nome QUESIA RODRIGUES SILVA CORDEIRO	14-Telefone () / /	15-Nome do Titular do plano QUESIA RODRIGUES SILVA CORDEIRO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA SANTANA BORGES	18-Número no CRO 78161	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2778240881	22-Nome do Contratado Executante MARCIA SANTANA BORGES	23-Número no CRO 78161	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCIA SANTANA BORGES	27-Número no CRO 78161	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1.0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
2.0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
3.0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
4.0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
5.0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
6.0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
7.0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
8.0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
9.0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
10.0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/09/20	16/09/20
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista de Fim do Tratamento 16/09/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 510,00	47-Valor Total R\$ 510,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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 Profissional Solicitante 16/09/2020	51-Data local e assinatura do Profissional Executante 16/09/2020	52-Data local e assinatura do Responsável 16/09/2020	53-Data local e assinatura da Empresa 16/09/2020
---------------	--	---	---	---

Dra. Marcia S. Borges
Cirurgiã Dentista
CROSP 78161