

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1468940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 5 / 2 3	4-Data de Autorização / /	5-Senha CANCELADO	6-Número da Guia Principal 1468940	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 8 / 2 3
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 6 2 8 0 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 STEFANE ODILIA TEIXEIRA OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano STEFANE ODILIA TEIXEIRA OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LOURDES GARCIA DE CASTRO OLIVEIRA	18-Número no CRO 130200	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 6 4 8 2 5 0 0 0 0 1 8 0	22-Nome do Contratado Executante LOURDES GARCIA DE CASTRO OLIVEIRA LTDA	23-Número no CRO 130200	24-UF SP	25-Código CNES 0609323
26-Nome do Profissional Executante LOURDES GARCIA DE CASTRO OLIVEIRA		27-Número no CRO 130200	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	_ _											

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 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 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 . Beneficiário Desativado do Contrato.			
---	--	--	--

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 / /
--	--	--	--