



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



386901

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/09/2012	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923719	7-Data Validade da Senha 29/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527088500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA NUNES RODRIGUES		14-Telefone 11 7188314709	15-Nome do titular do plano JULIANA NUNES RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número no CRO 55092	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		Juliana Nunes
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	09/12/20		Juliana Nunes
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	09/12/20		Juliana Nunes
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/12/2020	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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 no contrato.

49-Observação	50-Assinatura e Assinatura do Profissional Responsável Jose Eduardo de Mello Juliana Nunes	51-Assinatura e Assinatura do Profissional Responsável Jose Eduardo de Mello Juliana Nunes	52-Assinatura e Assinatura do Profissional Responsável Jose Eduardo de Mello Juliana Nunes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------