

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



382789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/91/20	4-Data de Autorização 26/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7904216	7-Data Validade da Senha 23/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531765000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS BROD KARINI			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS BROD KARINI	
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 08/06/1996					

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO CASAGRANDE	18-Número no CRO 9715	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05192092906	22-Nome do Contratado Executante DIOGO CASAGRANDE	23-Número no CRO 9715	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante DIOGO CASAGRANDE		27-Número no CRO 9715	28-UF SC	29-Código CBO S (I) 81000421-

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	26/09/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	26/09/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 581,00	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/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 Enviar rx inicial e final na produção.	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 26/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--