



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 1 6 / 0 2 / 2 1	5-S-Sínia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8301113	7-Data Validade da Sinha 1 7 / 0 5 / 2 1	8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 3 4 3 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde																			
Dados do Beneficiário						13-Nome ANA PAULA FAUSTINO					14-Teléfono -																		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											15-Nome do titular do plano ANA PAULA FAUSTINO																		
16-Afandimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR										18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa																
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 7 5 5 6 2 8 8 9 7		22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR										23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 83100200															
26-Nome do Profissional Excitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR												27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 83100200															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																													
30-I-tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura																		
1- 0 0 8 1 0 0 0 6 5	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3 4 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	SI	16/10/21	[Assinatura]																		
2- 0 0 8 5 3 0 0 4 7	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	SI	25/10/21	[Assinatura]																		
3- 0 0 8 5 3 0 0 4 7	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	SI	25/10/21	[Assinatura]																		
4- 0 0 8 5 3 0 0 4 7	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	SI	25/10/21	[Assinatura]																		
5- 0 0 8 5 3 0 0 4 7	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	SI	25/10/21	[Assinatura]																		
6- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	12	RESTAURAÇÃO RESINA	PD	1	8 8 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	SI	25/10/21	[Assinatura]																		
7- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	22	RESTAURAÇÃO RESINA	PD	1	8 8 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	SI	25/10/21	[Assinatura]																		
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-Otodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3 5 4 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		48-Total Franchisa / 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 assinalado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, todo o custo financeiro que esteja neste 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/21 [Assinatura]															51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/21 [Assinatura]														
52-Data, local e Contorno da Empresa [Assinatura] SP Tel: 4020-3559															53-Data, local e Contorno da Empresa [Assinatura] SP Tel: 4020-3559														