

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



432525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/12/20		4-Data de Autorização 09/12/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8109823		7-Data Validade da Senha 02/03/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202532717600000101											
13-Nome FABIANA PIERONI				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano FABIANA PIERONI											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SILVANA LANZUOLO				18-Número no CRO 31234		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08724519847				22-Nome do Contratado Executante SILVANA LANZUOLO				23-Número no CRO 31234		24-UF SP	
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante SILVANA LANZUOLO				27-Número no CRO 31234		28-UF SP	
29-Código CBO S				29-Código CBO S				30-Código CBO S			

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DO	1	88,00	0,00			09/12/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			09/12/20		
3												
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 102,00		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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20
---	---	---	---