

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

436085
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 07/11/2020
4-Data de Autorização 07/11/2020
5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO
6-Número da Guia Principal 436085
7-Data Validade da Senha 07/10/2021

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253040490000102
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira 11/11/2021
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ESTELA TERESA SILVEIRA CARDOSO MONTEIRO
14-Telefone

15-Nome do Titular do plano GUSTAVO CYRILLO GUTIERREZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante EDUARDO MARTINUSSO
18-Número no CRO 61226
19-UF SP
20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1319936198819
22-Nome do Contratado Executante EDUARDO MARTINUSSO
23-Número no CRO 61226
24-UF SP
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EDUARDO MARTINUSSO
27-Número no CRO 61226
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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Aprovação
1-00181000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	26	1	1	34,00	0,00	0,00		10/12/20	
2-00185200034		TRATAMENTO EM	26	1	1	8,00	0,00	0,00		10/12/20	
3-11111111111											
4-11111111111											
5-11111111111											
6-11111111111											
7-11111111111											
8-11111111111											
9-11111111111											
10-11111111111											
11-11111111111											
12-11111111111											
13-11111111111											
14-11111111111											
15-11111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/11/2020
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Engenharia Energética
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 42,00
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

SENSIBILIZADO PARA SEM VIDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2020
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2020
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2020
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2020
54-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2020
55-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2020

CENTRO ODONTOLÓGICO ESP. 24 HORAS LTDA
CNPJ: 05.980.995/0001-18