

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



338237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/2017		4-Data de Autorização 13/11/2017		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 338237		7-Data Validade da Senha 11/11/2017	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 100210253081360100010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/17		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome ADRIANO JOAQUIM AZEVEDO AVELINO	
14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ADRIANO JOAQUIM AZEVEDO AVELINO		16-Endereço 14/03/1983		17-Número no CRO 86554		18-UF SP		19-Código CBO S 02	
20-Código CBO S 02		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130336080867		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA		27-Número no CRO 86554		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Valor 3400		31-Franquia/Co-participação R\$ 000	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00811000165		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		000		40-Data de Realização 13/11/2017	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/2017		44-Tipo de Atendimento 1-1-T-Atendimento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000	

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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu conhecimento 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 13/11/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/17
---	---	---	---