



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 8372185	7-Data Validade da Senha 07/06/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

495322
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202535606000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARINELIA DUARTE FERREIRA		14-Telefone 02/07/1986 () -	15-Nome do titular do plano MARINELIA DUARTE FERREIRA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO DUTRA FELIPE	18-Número no CRO 32268	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08197862842	22-Nome do Contratado Executante MARCIO DUTRA FELIPE	23-Número no CRO 32268	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85400173-25 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MARCIO DUTRA FELIPE		27-Número no CRO 32268	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085400173	COROA TOTAL METALO	25		1	872,00	392,40		P	25/03/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	08/04/21		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MO	1	88,00	0,00		S	22/04/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/05/21		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/04/21		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/05/21		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/05/21	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 1188,00	47-Valor Total R\$ 392,40	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 06/05/21 [assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/21 [assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/21 [assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/05/21
--	--	--	---

MDF ODONTOLOGIA LTDA
Dr. Márcio Dutra Felipe
CROSP - 32.268