

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372246

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2019	4-Data de Autorização 11/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7856693	7-Data Validade da Senha 10/08/2021	8-Número da Carteira 000202531730150001010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANE CAROLINE AZOLA ALTAO								14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano ANE CAROLINE AZOLA ALTAO								16-Data Validade da Carteira 11/11/11		

16-Atendimento 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 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1171516288197	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES SP	26-Data de Emissão da Guia 10/09/2019	27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CBO S 025 -	30-Data de Emissão da Guia 10/09/2019	31-Data de Autorização 11/09/2019	32-Senha AUTORIZADO	33-Número da Carteira 0002025317301500010101	34-Plano POS REDE PRESTADORA	35-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	36-Telefone () - - - - -	37-Data Validade da Senha 10/08/2021
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	---

30-Tabella	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 Guia 42-Assinatura
1-0001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	34	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
2-00018153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
3-00018153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
4-00018153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
5-00018153000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	16	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
6-00018152000158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
7-00018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
8-00018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	09/11/20	X
9-00018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA										
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 11009,00	47-Valor Total US 11009,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	-------------------------------	---

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 o custeio do tratamento previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/09/2019, São Paulo, SP. Dr. Anesio Gracindo Alves Junior

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/09/2019, São Paulo, SP. Anesio Gracindo Alves Junior

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

372259
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
08/11/2012

6-Número da Guia Principal
7856751

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
01/11/2012

3-Data de Emissão da Guia
09/10/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020202531730500000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANE CAROLINE AZOLA ALTAO

17-Data de Nascimento
17/02/1989

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ANE CAROLINE AZOLA ALTAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
Nº

17-Nome do Profissional Solicitante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

18-Número no CRO
94101

19-UF
SP

20-Código CBO S

225 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1171556218897

22-Nome do Contratado Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

23-Número no CRO
94101

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

27-Número no CRO
94101

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
1-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	0	10/11/2012	ANC
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1: Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	61,00	0,00

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, está(ão) sendo 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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
10/11/2012

52-Data, local e Carimbo da Empresa



