

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1256293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/12/22	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1256293	7-Data Validade da Senha 06/03/23
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202553392900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANE SANTOS FREITAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO BENEVIDES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ECRAN RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLOGICA SS LTDA	18-Número no CRO 51958	19-UF SP	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00659470000161	22-Nome do Contratado Executante ECRAN RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO	23-Número no CRO 51958	24-UF SP	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante SILVIA CRISTINA ROMANI DAVANZO		27-Número no CRO 51958	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	00346	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00		N	/ /		
2-										/ /		
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 346,00		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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--