

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



468678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263057	7-Data Validade da Senha 04/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531223800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JANAINA VARGAS DA TRINDADE BARRETO		14-Telefone () -	15-Nome do titular de plano DANILO DA SILVA BARRETO		
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 09/09/1986					

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL	18-Número no CRO 59922	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16719116878	22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL	23-Número no CRO 59922	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6,100	0,00		S	29/03/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	8,800	0,00		S	03/03/21		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DIV	1	12,200	0,00		S	03/03/21		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8,800	0,00		S	10/03/21		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8,800	0,00		S	23/03/21		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,800	0,00		S	29/03/21		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8,800	0,00		S	10/03/21		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	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 623,00	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 03/02/21 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 CPF 167191153-78	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 CPF 167191153-78	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 Danilo da Silva Barreto	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------