



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



382252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/19	4-Data de Autorização 11/11/10	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7901614	7-Data Validade da Seria 12/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010201253226840000101	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 ELISA FERNANDES	05/12/1985	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ELISA FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	18-Número no CRO 55535	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156189145807	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	23-Número no CRO 55535	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI		27-Número no CRO 55535	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Dobra	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	0,00		1	10/10/20		Elisa
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
6-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
7-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
8-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
9-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
10-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
11-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
12-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
13-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
14-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa
15-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		16	0,00		1	11/10/20		Elisa

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Franquia / Co-participação R\$ 02102225/0001-84
--	--	---	----------------------------------	---

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 responsável, e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Dr. Debora Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-90

Dr. Debora Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-90

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/20	53-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 11/11/20
--	---	---	---