

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



345431
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2016	4-Data de Autorização 31/07/2016	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7734630	7-Data Validade da Sentença 12/11/2016
8-Data do Benefício			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-1-Nome JOSE FELIPE DE SOUZA OLIVEIRA			28/07/2016		
10-Empresa CAPAL COOPERATIVA			14-Telefone () 9703-14064		
11-Data Validade da Carteira			15-Sistema de Titular de Plano ADILSON JOSE OLIVEIRA		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					

16-Endereço e RV DENISE FANTON OREFFICE		17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFFICE		18-Número no CRD 46356		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora (CVU) / CPE 17187148828		22-Número do Contrato Específico DENISE FANTON OREFFICE		23-Número no CRD 46356		24-UF SP		25-Código CINES	
26-Nome do Profissional Escrutário DENISE FANTON OREFFICE				27-Número no CRD 46356		28-UF SP		29-Código CBO S	

30-Índex	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Moivo da Classe	42-Adjuvante
1	01010010310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		04	08/11/2016		
2	0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	61,00	0,00		05	08/11/2016		
3	0101840101074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	55	1	1	49,00	0,00		05	08/11/2016		
4	0101840101074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	54	1	1	49,00	0,00		05	08/11/2016		
5	0101840101074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	64	1	1	49,00	0,00		05	08/11/2016		
6	0101840101074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	65	1	1	49,00	0,00		05	08/11/2016		
7	0101840101074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	75	1	1	49,00	0,00		05	08/11/2016		
8	0101840101074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	74	1	1	49,00	0,00		05	08/11/2016		
9	0101840101074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	85	1	1	49,00	0,00		05	08/11/2016		
10	0101840101090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00		05	08/11/2016		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-odontonomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 15110,00	47-Valor Total R\$	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) 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 Focal e Assinatura do Conselho-Donatário Solicitante 04/11/2016 José Felipe de Souza Oliveira	51-Data Focal e Assinatura do Conselho-Operadora 04/11/2016 José Felipe de Souza Oliveira	52-Data Focal e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2016 Adilson José Oliveira	53-Data Focal e Campo da Empresa 04/11/2016 Dina Cirurgia Odontológica
--	--	--	---

Assinatura: José Felipe de Souza Oliveira