

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

764967
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semha
3 0 / 0 1 / 2 2

6-Número da Guia Principal
9243574

5-Semha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 1 / 1 1 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
0 1 / 1 1 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 6 2 4 3 8 0 0 0 0 1 0 3

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

29/03/2000

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MIGUEL PETENATTE GARCIA

14-Telefone
() - / -

15-Nome do titular do plano
ELISANGELA PETENATTE GARCIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

18-Número no CRO
114702

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13 6 0 9 0 2 3 0 8 2 0 1 1 1

22-Nome do Contratado, Executante
VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

23-Número no CRO
114702

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

27-Número no CRO
114702

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 de Glosa 42- Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA	HAIE	1	1	3 4 , 0 0	0,00	0,00	S	11/11/21	z. miguel
2-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 , 0 0	0,00	0,00	S	11/11/21	z. miguel
3-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 , 0 0	0,00	0,00	S	11/11/21	z. miguel
4-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 , 0 0	0,00	0,00	S	11/11/21	z. miguel
5-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 , 0 0	0,00	0,00	S	11/11/21	z. miguel
6-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
7-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
8-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
9-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
10-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
11-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
12-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
13-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
14-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											
15-0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7											

CLEAN ODONTO

RUA: CAQUITO, 57

TEL.: 3473-6655

43- Data Prescrição Termino do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
10/11/21	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1 1 7 8 , 0 0	0,00	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, 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

Dra Vanessa Martins

Cirurgiã Dentista

CRO SP 114702

Dra Vanessa Martins

Cirurgiã Dentista

CRO SP 114702

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/21 z. miguel

53- Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/21