

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



509780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/03/21	4-Data de Autorização 31/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8427852	7-Data Validade da Senha 24/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536233000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DE FATIMA SIQUEIRA DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA SIQUEIRA DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL			27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S (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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S			
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	88,00	0,00		S	16/04/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	16/04/21		
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-Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 237,00	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.

Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/03/21	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável MARIA DE FATIMA SIQUEIRA DE OLIVEIRA	54-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------