

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24Nº



304592
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2013 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7498843	7-Data Validade da Senha 12/19/10 6/12/10
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002025277392000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome ISALTINO ALVES FRANCO	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome ISALTINO ALVES FRANCO		20-Data de Nascimento 20/12/1986		15-Nome do titular do plano ISALTINO ALVES FRANCO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO		18-Número no CRO 76750	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125350740873	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	23-Número no CRO 76750	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO	27-Número no CRO 76750	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Tabela	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125350740873		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO		23-Número no CRO 76750		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO		27-Número no CRO 76750		30-Tabela	

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
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	1	6,110,00	0,00	0,00	S	11/25/10	11/25/10
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	1	6,110,00	0,00	0,00	S	11/25/10	11/25/10
3-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	1	8,180,00	0,00	0,00	S	11/25/10	11/25/10
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/04/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1210,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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 Solicitante 25/04/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/04/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/04/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa Indonadora 25/04/2020	54-Data, local e Assinatura da Empresa Indonadora 25/04/2020
---------------	---	---	---	---	---