GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 387267

INTERCÂMBIO

o ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
14	01/10/20	07/10/20	AUTORIZADO	7924350	30/12/20

Beneficiário

o da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
2025316960000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CIO BOLZONI	19/11/2014	( ) -	SANDRA VALERIA BOLZONI

Contratado Responsável pelo Tratamento

imento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	LUCIMARA DOS SANTOS	132199	SP	

025 - Faturar Empresa

o na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
78475338711	LUCIMARA DOS SANTOS	132199	SP	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARA DOS SANTOS	132199	SP	

Tratamento / Procedimentos Solicitados

a	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
	08400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	28/10/20		
	08400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	28/10/20		

Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	98,00	0,00	

, 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). 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 es ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

rvação

ocal e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/10/20 Lucimara dos Santos	28/10/20 Lucimara dos Santos	28/10/20	28/10/20

Lucimara dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO - 132199
CPF: 278.475.338-71