



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



409803
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serinha
01/10/21

6-Número da Guia Principal
409803

5-Serinha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
03/11/20

3-Data de Emissão da Guia
03/11/20

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020202532674400001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
01/10/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUCAS SANTOS DE ALMEIDA

14-Telefone
21/07/2002

15-Nome do titular do plano
EVANILDE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

18-Número no CRO
111393

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0418153677852111

22-Nome do Contratado Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

23-Número no CRO
111393

24-UF
SP

25-Nome do Profissional Executante
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ

26-Número no CRO
111393

27-UF
SP

28-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 da Class 42-Assinatura
1-0	018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			1	34,00	0,00		03/11/20	Susor
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento
03/11/20

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Fraturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
34,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
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

50-Data, local 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