



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

474602
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 2 0 2 1 2 1	4-Data de Autorização 1 3 0 2 1 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8289611	7-Data Validade da Senha 1 1 0 5 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 8 9 6 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LEONARDO CESAR PIOTO GARCIA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO CESAR PIOTO GARCIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 59922		19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL	23-Número no CRO 59922	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85400262-46 (IF) 85400262-37	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 7 1 9 1 1 6 8 7 8		22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922	28-UF SP
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		29-Código CBO S			

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	0 0 8 5 2 0 0 0 2 6	PREPARO NUCLEO	46		1	4 6 0 0	0 0 0		S	25/03/24		
2	0 0 8 5 2 0 0 0 2 6	PREPARO NUCLEO	37		1	4 6 0 0	0 0 0		S	24/02/24		
3	0 0 8 5 4 0 0 2 6 2	PINO PRE-FABRICADO	46		1	1 1 8 0 0	0 0 0		S	25/03/24		
4	0 0 8 5 4 0 0 2 6 2	PINO PRE-FABRICADO	37		1	1 1 8 0 0	0 0 0		S	24/02/24		
5	0 0 8 2 0 0 0 9 2 1	GENGIVECTOMIA	S6		1	1 4 4 0 0	0 0 0		S	26/03/24		
6	0 0 8 2 0 0 0 9 2 1	GENGIVECTOMIA	S4		1	1 4 4 0 0	0 0 0		S	23/03/24		
7	0 0 8 5 4 0 0 0 8 4	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	37		1	1 5 4 0 0	0 0 0		S	23/03/22		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 26/03/24	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7 7 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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) em 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
pagamento dos procedimentos está condicionado ao envio de rx inicial e final que permitam análise das solicitações e fotos das coroas provisórias instaladas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/02/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/03/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/03/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------