



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

376141
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2019	4-Data de Autorização 11/07/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874761	7-Data Validade da Senha 11/04/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025316269000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELISANGELA PADIAL MARCOS		14-Telefone 17/04/1976	15-Nome do titular do plano ELISANGELA PADIAL MARCOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35526574873	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	28-UF SP	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	0101810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/05/2019		
2	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/05/2019		
3	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/05/2019		
4	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/05/2019		
5	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/05/2019		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/2019	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 1178,00	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante (SP) 11/05/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (SP) 11/05/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (SP) 11/05/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2019
--	--	--	---