



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



375712

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 17/10/20	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872577	7-Data Validade da Serão 14/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531048900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IRENE Malfaragi		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IRENE Malfaragi	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	27-Número no CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO S	

Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100200 (II) 85100200
(I) 85100200 (IF) 85200168-24

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/09/20		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	23/09/20		
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00		S	23/09/20		
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	07/10/20		
5-00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	258,00	0,00		S	30/09/20		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	07/10/20		
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	11/11/20		
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00		S	07/10/20		
9-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00		S	21/10/20		
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		
11-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	30/10/20		
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 25/11/2020	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 946,00	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 Imagens analisadas.	50-Data, Local e Assinatura de quem solicitou o tratamento 25/11/2020	51-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 25/11/2020	52-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 25/11/2020	53-Data, Local e Caimbo da Empresa / /
--------------------------------------	--	---	---	---