

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



732325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/21	4-Data de Autorização 06/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9148810	7-Data Validade da Senha 04/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202541382800000101		13-Nome LEILA APARECIDA DE OLIVEIRA		14-Telefone 21/10/1972		15-Nome do titular do plano LEILA APARECIDA DE OLIVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 96690		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KIZZEE NAYANKA ANTONIO ROSA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34582859895		22-Nome do Contratado Executante KIZZEE NAYANKA ANTONIO ROSA	
23-Número no CRO 96690		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante KIZZEE NAYANKA ANTONIO ROSA		27-Número no CRO 96690		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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			09 NOV 2021		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			09 NOV 2021		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			09 NOV 2021		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			09 NOV 2021		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09 NOV 2021	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 140,00	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 Dra. Kizzee Nayanka Cirurgião-Dentista 96690/SP		51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista Solicitante 09 NOV 2021		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09 NOV 2021		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
--	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--