GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 462933

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/01/21	27/01/21	AUTORIZADO	8238344	27/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202534727100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANAINA FERREIRA DA SILVA MATOS 03/03/1991	( ) -	JANAINA FERREIRA DA SILVA MATOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	94101	SP	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100226
(I) 85100218 (I) 85100200
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17556288897	ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	94101	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	94101	SP	

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	27/01/21		Janaina
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	27/01/21		Janaina
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	27/01/21		Janaina
4	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VIP	1	122,00	0,00		S	04/02/21		Janaina
5	00	85102126	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDPM	1	122,00	0,00		S	04/02/21		Janaina
6	00	85102126	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDPM	1	122,00	0,00		S	10/02/21		Janaina
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	04/02/21		Janaina
8	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	10/02/21		Janaina
9	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	10/02/21		Janaina
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	786,00	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

Dr. Anésio Gracindo A. Júnior
CRO 94101

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
10/02/21	10/02/21	10/02/21 X Janaina	

Av. São João, 473 - Ponte São João
Jundiaí - SP Tel: 4526-3559