

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3.º ANO

334716
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 400414	2-Data de Emissão da Guia 06/07/2016	3-Data de Ativação 16/07/2016	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7684700	6-Data Validade da Guia 04/10/2016
7-Data de Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529795400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/07/2016	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome MARCELO HENRIQUE LEME		14-Telefone 11/09/1975	15-Nome do titular do plano MARCELO HENRIQUE LEME		

16-Atendimento a Rm N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número na CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CFE 16421958800	22-Nome do Contratado Exatante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número na CRO 55092	24-UF SP	25-Código CBO S	26-Nome do Profissional Exatante JOSE EDUARDO DE MELLO	27-Número na CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade VLS	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17-07-20		
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	31-07-20		
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	31-07-20		
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	28-08-20		
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	28-08-20		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	25-09-20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 25/09/2016	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico, 2- Exame Radiológico, 3- Consultoria, 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total, 2- Parcial	46-Total Quantidade VLS 339,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	--	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme aqui 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(ram) 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. José Eduardo de Mello
 Cir. Dentista
 CRO 55092

50-Data de Realização do Tratamento
25/09/2016
 51-Data de Realização do Tratamento
25/09/2016
 52-Data de Realização do Tratamento
25/09/2016
 53-Data de Realização do Tratamento
25/09/2016