

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



389298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2010	4-Data de Autorização 06/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931156	7-Data Validade da Senha 03/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532310200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISELI FARIA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GISELI FARIA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Isso do Profissional Solicitante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE BIAGI	18-Número no CRO 33920	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 05344909802	22-Nome do Contratado Executante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE	23-Número no CRO 33920	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE BIAGI		27-Número no CRO 33920	28-UF SP	29-Código CBO S

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/10/20		Giseli
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Giseli
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Giseli
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Giseli
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/10/20		Giseli
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Totál 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(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.

Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/20 CROSP 33920	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20 Giseli Faria Silva	53-Data, Local e Carimbo da Empresa Dra. Elieth Ap. de B. A. de Biagi CROSP 33920
---	---	--	---