

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



395372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2019	4-Data de Autorização 11/11/2019	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 395372	7-Data Validade da Senha 12/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025326691000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS VERZANI	05/12/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCAS VERZANI	

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	18-Número no CRO 123228	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Número no CRO 123228	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	26-UF SP	27-Número no CRO 123228	28-UF SP
29-Código CBO S	30-Código CBO S	31-Código CBO S	32-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				14/11/2019		Lucas
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 14/11/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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, compreendendo-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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2019 LUCAS VERZANI	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/2019
---	---	---	---

Cirurgião - Dentista
CNO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CNO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CNO - SP 123228