

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



356421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7785609	7-Data Validade da Senha 11/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025307880000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NICOLE GIOVANA BONTEMPI		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano MARCELO PORFIRIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		18-Número no CRO 59922	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16719116878	22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		23-Número no CRO 59922	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922	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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/08/20		Nicole
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/08/20	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 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, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/20 FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL CRO SP 59922 CPF 16719116878	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20 FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL CRO SP 59922 CPF 16719116878	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 24/08/20 NICOLE GIOVANA BONTEMPI	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--