

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



316052
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/05/12/0	4-Data de Autorização 12/6/10/5/12/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7585642	7-Data Validade da Sentença 12/0/10/8/12/0
8-Número do Cartão 00202528865000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Cartão / /	12-Atividades do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MANOEL TEIXEIRA DA SILVA		14-Telefone 18/10/1987	15-Data Validade de Cartão / /	16-Atividade do Cartão Nacional de Saúde	
17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante MARINA CAMPOS CRAVO	19-Número no CRO 130344	20-UF SP	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41832864847		23-Nome do Contratado Executante MARINA CAMPOS CRAVO	24-Número no CRO 130344	25-UF SP	26-Código CMES Enviar - RX (f) 85100218 (g) 85100200
27-Nome do Profissional Executante MARINA CAMPOS CRAVO		28-Número no CRO 130344	29-UF SP	30-Código CBO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Clima	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	04/02/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	04/02/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	04/02/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	04/02/20		
5-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	122,00	0,00	0,00	S	30/05/20		
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OL	1	88,00	0,00	0,00	S	13/06/20		
7-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	30/05/20		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/02/20	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 388,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Dedarei, 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/02/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/02/20
---------------	---	---	---	--

Drª Marina C. Cravo
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 130.344