



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

354668
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 11/3/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7777484	7-Data Validade da Senha 09/11/2018
--------------------------	---	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 01020253117160000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome RENATO ALVES PEREIRA		15-Nome do titular do plano RENATO ALVES PEREIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CELIA NILZA DE SOUZA BUENO CATHERINO		18-Número no CRO 23925		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19226262651868		22-Nome do Contratado Executante CELIA NILZA DE SOUZA BUENO CATHERINO		23-Número no CRO 23925		24-UF SP		25-Código CNES	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante CELIA NILZA DE SOUZA BUENO CATHERINO		27-Número no CRO 23925		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- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		03/12/2018	sfm
2-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00		03/12/2018	sfm
3-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00		03/12/2018	sfm
4-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00		03/12/2018	sfm
5-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00		03/12/2018	sfm
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 11-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	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 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 11/10/2018 Celia Catherino		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2018 Celia Catherino		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2018 Renato Alves Pereira		53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/2018 Celia Catherino CRO 23.925	
---	--	---	--	--	--	--	--



2-NiO

Dados do Beneficiário

CONSTITUTION

16-Atendimento a RNPlano de Tratamento / Procedimentos Solicitados13. Data Provisão Término do Tratamento

49-Observação



cc - List of Contacts of Personnel

— 4 —