

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

497998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 1 8 / 0 3 / 2 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8382644	7-Data Validação da Sentença 1 0 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 2 3 0 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

PRISCILA LAIMI SANTOS

04/10/1985

15-Nome do titular do plano
PRISCILA LAIMI SANTOS

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 114176	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código de Operadores / CNPJ / CPF 1 3 1 9 3 9 2 3 8 8 5 4	22-Nome do Contratado Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 114176	24-UF SP	25-Código CNE
---	--	----------------------------	-------------	---------------

26-Nome do Profissional Executante

JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

27-UF
SP

28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ciód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
------------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	---------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0 1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			1	3 4 0 0 0	0 0 0	18	10/03/21	x Priscila Santos
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Aliamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Tipo de Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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), 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 Solidário 18/03/21 x Priscila Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/21 x Priscila Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/21 x Priscila Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/03/21
---	---	---	---