

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2527801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 1 / 1 0 / 2 5	4-Data de Autorização 0 6 / 1 1 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14562816	7-Data Validade da Senha 3 0 / 1 2 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 4 6 0 9 6 7 0 0 0 0 2 6 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO SUL BRASILEIRA DA IGREJA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708407744402665
13-Nome ALLAN RAMOS BONATTO		14-Telefone (5 5) 9 6 1 3 - 5 0 6 5	15-Nome do titular do plano ALLAN RAMOS BONATTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE BORCK DA SILVEIRA	18-Número no CRO 33200	19-UF RS	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 7 3 5 9 5 9 2 0 0 0 1 9 9	22-Nome do Contratado Executante SM SERVICOS DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 13233	24-UF RS	25-Código CNES 0211796
26-Nome do Profissional Executante PAULO RENATO CARDOSO MATTOS		27-Número no CRO 24789	28-UF RS	29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (51) 35173576, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Assis Brasil, 3535, SALA 1210,

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-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0		S			
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
4-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
5-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
6-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento _ _ / _ _ / _ _	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 _ _ 1 4 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ 0 , 0 0	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Justificativa: 81000405: SOLICITO PANORAMICA PARA EXTRACAO DOS DENTES 182838 E 48.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _ _ / _ _ / _ _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ / _ _ / _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ / _ _ / _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--