

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2041639
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2019	4-Data de Autorização 26/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13004836	7-Data Validade da Senha 23/11/2024
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511720600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIZANGELA SOUZA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIZANGELA SOUZA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THIAGO FERREIRA SOARES	18-Número no CRO 1772	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24303379000177	22-Nome do Contratado Executante C E & PANTOJA LTDA	23-Número no CRO 674	24-UF AP	25-Código CNES 9147764
26-Nome do Profissional Executante THIAGO FERREIRA SOARES		27-Número no CRO 1772	28-UF AP	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100218

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	15/10/24		Elizangela
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	15/10/24		Elizangela
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	15/10/24		Elizangela
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	15/10/24		Elizangela
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	15/10/24		Elizangela
6-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPD	1	122,00	0,00		S	15/10/24		Elizangela
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 481,00	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 15/10/24 Thiago Ferreira Soares Cirurgião-Dentista CRO/AP 1772	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/24 Thiago Ferreira Soares Cirurgião-Dentista CRO/AP 1772	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/24 Elizangela Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--