

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



326725
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 08/12/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7645268	7-Data Validade da Senha 17/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número do Cartão 0101202509033900012002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNILIN ARAUCO PISOS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /

13-Nome KAROLYNE AGUIAR CANDIDA	14-Telefone () - / -	15-Data Validade da Carteira / /	16-Data Validade da Carteira / /
------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	18-Número no CRO 12061	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04975694930	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	23-Número no CRO 12061	24-UF SC
--	--	---------------------------	-------------

25-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	26-Número no CRO 12061	27-UF SC	28-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
---	--	---------------------------------	--	--------	--	-----------------------	--	----------------------------------	--

30-Tabella	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
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	SI	18/09/2019	
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	SI	18/09/2019	
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	SI	18/09/2019	
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	SI	18/09/2019	
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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 no 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Dr. Alexandre Do Valle

CRO/SC 12061

Assinado