

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2456912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/25	4-Data de Autorização 12/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14345256	7-Data Validade da Senha 08/11/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025038429500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 23132132123321
13-Nome BENEFICIARIO TESTE ACESSO		14-Telefone (41) 3020-3883	15-Nome do titular do plano BENEFICIARIO TESTE ACESSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO	18-Número no CRO 2024	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 90106725068	22-Nome do Contratado Executante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO	23-Número no CRO 2024	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO		27-Número no CRO 2024	28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S			
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
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 92,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 null Ato 81000421: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao			
---	--	--	--

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 _/_/__/__/_/
---	---	---	---