



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



388632
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/3/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928763	7-Data Validade da Senha 13/1/11 12/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/02/10 2/12/10 5/3/12 8/8/4/0/0/0/0/1/0/2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA SOUZA LEITE		14-Telefone 19/09/1997	15-Nome do titular do plano KELLINGTON OLIVEIRA BISCOLCHINI	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/811529/99660	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S

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 Cisão	42-Assinatura
1	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00	S	13/12/20		
2	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA SE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
3	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA ID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
4	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA IE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
5	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA SD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
6	10	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	S	02/12/20		
7	10	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	02/12/20		
8	10	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	02/10/20		
9	10	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	13/10/20		
10	10	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	S	27/11/20		
11	10	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	27/11/20		
12												
13												
14												
15												

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 assistente e arcar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/12/20	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 571,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/20 Suellem Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista CROSP 112913	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 Suellem Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista CROSP 112913	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Amanda Souza Leite	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------