

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



302886
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/03/20	4-Data de Autorização 20/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7489111	7-Data Validade da Senha 15/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252962680000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANESSA CABRAL RAMPA		14-Telefone 07/04/1982	15-Data Validade da Carteira / /	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA SANTA TERESINHA		18-Número no CRO 10476

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

19-UF SC	20-Código CBO S 10	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00441834965	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO	23-Número no CRO 10476	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LEANDRO ARY RODRIGUES S THIAGO		27-Número no CRO 10476		28-UF SC	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/03/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/03/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/03/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/03/20		
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/03/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 174,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 17/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/03/20
---	---	---	---

Dr. Leandro Ary Rodrigues S. Thiago
Implantodontista
CRO - SC 10.476