



1441157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/05/23	4-Data de Autorização 08/05/23	5-Senha CANCELADO	6-Número da Guia Principal 11191875	7-Data Validade da Senha 06/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202556847700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CAROLINE CORDEIRO DE JESUS 22/04/1999		14-Telefone (_) - -	15-Nome do titular do plano ANA CAROLINE CORDEIRO DE JESUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARESSA CLEIS DE OLIVEIRA MULLER	18-Número no CRO 27493	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 50017481000116	22-Nome do Contratado Executante M C O MULLER ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 27493	24-UF PR	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante MARESSA CLEIS DE OLIVEIRA MULLER		27-Número no CRO 27493	28-UF PR	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 Glosa	42-Assinatura
1-												
2-												
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 000	47-Valor Total R\$ 000	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) por 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 Guia Tratamento Odontológico cancelada por ter ultrapassado o prazo de validade. Guia Tratamento Odontológico cancelada por ter ultrapassado o prazo de validade.
--

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