



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019 4-Data de Autorização 14/10/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10356145 7-Data Validade da Senha 13/11/2021 1141590 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202550839000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JOSI DOS SANTOS DA COSTA 14-Telefone 30/01/1978 15-Nome do titular do plano JOSI DOS SANTOS DA COSTA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALINE DA SILVA SARTOR 18-Número no CRO 24305 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03098163003 22-Nome do Contratado Exequente ALINE DA SILVA SARTOR 23-Número no CRO 24305 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exequente ALINE DA SILVA SARTOR 27-Número no CRO 24305 28-UF RS 29-Código CBO S

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	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61100	0100	1141091121		14/10/2019		Josi
2	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61100	0100	1141091121		14/10/2019		Josi
3												
4												
5												
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 1122100 47-Valor Total R\$ 10100 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 14/10/2019, Cx do Sul, Aline S. Sartor 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2019, Cx do Sul, Aline S. Sartor 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2019, Cx do Sul, Josi dos Santos da Costa 53-Data, local e Cessão da Empresa 14/10/2019, Cx do Sul, RS

Drª. Aline S. Sartor
Cirurgiã - Dentista
CRO - 24305