



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2021	4-Data de Autorização 11/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8303759	7-Data Validade da Senha 18/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

478409
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0020253547520000104
9-Plano POS REDE PRESTADORA	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Dia Válido da Carteira	/ / / / / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

JONATHAN VIANA SILVANO	30/04/2012	14-1 eleição () _ _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano ANDREIA ROSA VIANA
------------------------	------------	---------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-U/F	20-Código CBO S
N	BRUNA BARNARD MOTTA	22274	RS	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	02214782052
22-Nome do Contratado/Executante	BRUNA BARNARD MOTTA
23-Número no CHO	22274
24-UF	RS
25-Código CINES	

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Exatante BRUNA BARNARD MOTTA	27-Número no CRO 22274	28-U-F RS	29-Código CBO S
--	----------------------------------	---------------------	-----------------

1. Identificación del problema

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição
	33-Dente/Fleção	34-Face
	35-Qtd	36-Quantidade US
	37-Valor	
	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
	40-Data de Realização	
	41-Motivo da Cinesia	42-Assinatura

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Resposta	1 - Total	2 - 7	3 - 8	4 - 9	5 - 10	6 - 11	7 - 12	8 - 13	9 - 14	10 - 15	11 - 16	12 - 17	13 - 18	14 - 19	15 - 20	16 - 21	17 - 22	18 - 23	19 - 24	20 - 25	21 - 26	22 - 27	23 - 28	24 - 29	25 - 30	26 - 31	27 - 32	28 - 33	29 - 34	30 - 35	31 - 36	32 - 37	33 - 38	34 - 39	35 - 40	36 - 41	37 - 42	38 - 43	39 - 44	40 - 45	41 - 46	42 - 47	43 - 48	44 - 49	45 - 50	46 - 51	47 - 52	48 - 53	49 - 54	50 - 55	51 - 56	52 - 57	53 - 58	54 - 59	55 - 60	56 - 61	57 - 62	58 - 63	59 - 64	60 - 65	61 - 66	62 - 67	63 - 68	64 - 69	65 - 70	66 - 71	67 - 72	68 - 73	69 - 74	70 - 75	71 - 76	72 - 77	73 - 78	74 - 79	75 - 80	76 - 81	77 - 82	78 - 83	79 - 84	80 - 85	81 - 86	82 - 87	83 - 88	84 - 89	85 - 90	86 - 91	87 - 92	88 - 93	89 - 94	90 - 95	91 - 96	92 - 97	93 - 98	94 - 99	95 - 100
Resposta	1 - Total	2 - 7	3 - 8	4 - 9	5 - 10	6 - 11	7 - 12	8 - 13	9 - 14	10 - 15	11 - 16	12 - 17	13 - 18	14 - 19	15 - 20	16 - 21	17 - 22	18 - 23	19 - 24	20 - 25	21 - 26	22 - 27	23 - 28	24 - 29	25 - 30	26 - 31	27 - 32	28 - 33	29 - 34	30 - 35	31 - 36	32 - 37	33 - 38	34 - 39	35 - 40	36 - 41	37 - 42	38 - 43	39 - 44	40 - 45	41 - 46	42 - 47	43 - 48	44 - 49	45 - 50	46 - 51	47 - 52	48 - 53	49 - 54	50 - 55	51 - 56	52 - 57	53 - 58	54 - 59	55 - 60	56 - 61	57 - 62	58 - 63	59 - 64	60 - 65	61 - 66	62 - 67	63 - 68	64 - 69	65 - 70	66 - 71	67 - 72	68 - 73	69 - 74	70 - 75	71 - 76	72 - 77	73 - 78	74 - 79	75 - 80	76 - 81	77 - 82	78 - 83	79 - 84	80 - 85	81 - 86	82 - 87	83 - 88	84 - 89	85 - 90	86 - 91	87 - 92	88 - 93	89 - 94	90 - 95	91 - 96	92 - 97	93 - 98	94 - 99	95 - 100

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, ou a quem ele especificar, honorários e/ou remuneração, incluindo a entrega de comprovantes de pagamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato.

Observação 49: O tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato, é diferente do tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11 / 1
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Data, local e Assinatura do Emissor	

[illegible]

Yuan P.



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/17/10 2-Data de Autorização 11/17/10 2-Data de Autorização 11/17/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8303757 7-Data Validade da Senha 11/18/10 5/12/11

478400
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1012012535475201001103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/17/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOAO VITOR VIANA NUNES 29/10/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANDREIA ROSA VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA 18-Número no CRO 22274 19-UF RS 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1022114782052 22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA 23-Número no CRO 22274 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA 27-Número no CRO 22274 28-UF RS 29-Código CRO 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-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,4	10,10		1	11/19/10	12/21	X
2-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,10		1	11/19/10	12/21	X
3-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,10		1	11/19/10	12/21	X
4-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,10		1	11/19/10	12/21	X
5-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,10		1	11/19/10	12/21	X
6-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13,5	10,10		1	11/19/10	12/21	X
7-0	01											
8-0	01											
9-0	01											
10-0	01											
11-0	01											
12-0	01											
13-0	01											
14-0	01											
15-0	01											

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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 a autorização 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(ram) 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 2/11 4-Data de Autorização 11/7/10 2/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8303642 7-Data Validade da Senha 11/8/10 5/12/11

478379
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012102153547152010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDREIA ROSA VIANA

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano ANDREIA ROSA VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA

18-Número no CRO 22274 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1012121478205211 22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA

23-Número no CRO 22274 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA

27-Número no CRO 22274 28-UF RS 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- 0 0	1 8 1 0 1 0 1 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 1 0				11/10/12	21	X
2- 0 0	1 8 5 3 0 1 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 1 0				11/10/12	21	X
3- 0 0	1 8 5 3 0 1 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 1 0				11/10/12	21	X
4- 0 0	1 8 5 3 0 1 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 1 0				11/10/12	21	X
5- 0 0	1 8 5 3 0 1 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 1 0				11/10/12	21	X
6- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
7- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
8- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
9- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
10- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
11- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15- 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1178100

47-Valor Total R\$

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. Declino, 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2012	4-Data de Autorização 10/05/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8270906	7-Data Validade da Sentença 01/05/2015
8-Número da Carteira 0102025348431000001101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/01/11
13-Nome KETLYN LIMA DE OLIVEIRA			14-Telefone () - - - - -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 470564 INTERCÂMBIO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 12/06/2001					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA		15-Nome do titular do plano KETLYN LIMA DE OLIVEIRA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01020214782052	22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA		18-Número no CRO 22274	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA		23-Número no CRO 22274		24-UF RS	25-Código CINES
27-Número no CRO 22274		28-UF RS		29-Código CBO S	

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	/ / / / / /
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico ☒ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Otodontia ☐ 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total ☒ 2-Parcial
46-Total Quantidade US	_____ _____178,00
47-Valor Total R\$	_____ _____,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	_____ _____,00

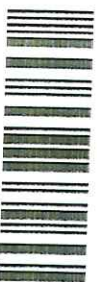
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

(9-Digitação)

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



463980
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 11/211		4-Data de Autorização 12/8/10 11/211		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8242782		7-Data Validade da Senha 12/7/10 14/1211	
8-Número da Carteira 10102102153245830000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JEAN MICAEL DA SILVA ABREU		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JEAN MICAEL DA SILVA ABREU		16-Atendimento a RN BRUNA BARNARD MOTTA		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA		18-Número no CRO 22274	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102211478205211		20-Código do Contratado Excitante BRUNA BARNARD MOTTA		21-Número no CRO 22274		22-Código CRO S 025 -		23-Código CRO S RS		24-Código CRO S RS	
25-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
31-Tabela		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fixo		35-Classe		36-Quantidade US	
1-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA		46		V		11		1611000	
2-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA		17		O		11		1611000	
3-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA		38		O		11		1611000	
4-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA		27		O		11		1611000	
5-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
6-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
7-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
8-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
9-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
10-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
11-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
12-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
13-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
14-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
15-001815101196		RESTAURAÇÃO RESINA									
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Tipo de Faturamento	
11/11/11		1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N



50-Dala, 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



465874
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/10		4-Data de Autorização 10/05/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8251179		7-Data Validade da Senha 12/09/14	
8-Número da Carteira 1010210215212112153101010101910131		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ACV TECNOLINE ENGENHARIA LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LEONARDO SABIO ALENCASTRO		14-Telefone (1511) 333101910811		15-Nome do titular do plano JOZIEL ALENCASTRO		16-Atendimento a RN BRUNA BARNARD MOTTA		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA		18-Número no CRO 22274	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10122147812101512111		20-Código no CRO 22274		21-UF RS		22-UF RS		23-Código CRO S 025 -		Faturar Empresa	
24-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA		25-Número no CRO 22274		26-UF RS		27-Código CRO S		28-UF RS		29-Código CRO S	
30-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentifregião		34-Fixo		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-101018151101011961		RESTAURAÇÃO RESINA		37		V		11		16110101	
2-101018151101011961		RESTAURAÇÃO RESINA		47		V		11		6110101	
3-101018151101011961										1010101	
4-101018151101011961										1010101	
5-101018151101011961										1010101	
6-101018151101011961										1010101	
7-101018151101011961										1010101	
8-101018151101011961										1010101	
9-101018151101011961										1010101	
10-101018151101011961										1010101	
11-101018151101011961										1010101	
12-101018151101011961										1010101	
13-101018151101011961										1010101	
14-101018151101011961										1010101	
15-101018151101011961										1010101	
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$	
11/11/11		1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		11221010		1010101		1010101	

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(ram) 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



474485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/02	4-Data de Autorização 11/02/02	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8288995	7-Data Validade da Senha 11/11/05
8-Número da Carteira 10102012535492800000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/02	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADAILTON DUARTE DE FREITAS					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento ADAILTON DUARTE DE FREITAS					
16-Atendimento a RN BRUNA BARNARD MOTTA					
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA BARNARD MOTTA					
18-Número no CRO 22274					
19-U-F RS					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102211471820512					
22-Nome do Contratado Executante BRUNA BARNARD MOTTA					
23-Número no CRO 22274					
24-U-F RS					
25-Código CNES Faturar Empresa					
26-Nome do Profissional Executante BRUNA BARNARD MOTTA					
27-Número no CRO 22274					
28-U-F RS					
29-Código CBO S					
30-Planilha de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US
1-010181101000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			134,1010
3-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
4-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
5-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
6-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
7-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
8-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
9-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
10-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
11-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
12-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
13-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
14-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
15-1010181531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	11			136,1010
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Ano					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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