



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/2016	4-Data de Autorização 17/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7619939	7-Data Validade da Senha 06/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

321668
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025301145000000104	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALISSON DA SILVA SANTOS	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano RAMONA APARECIDA DA SILVA
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 814576537091	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	27-Número no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S	

21,00 + 10,20

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	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 0 0	0,00					
2- 0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	7 3 0 0	0,00					
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												
43-Data Previsto 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\$							
/ /	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1 0 7 0 0	10,10								

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 no 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 2004/10/30	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2010/4/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2004/10/30	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161