



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

482912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/02/21	4-Data de Autorização 01/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8321131	7-Data Validada da Senha 24/05/21										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202529406400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome JANICE DA CONCEICAO CORREA DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEFERSON CONCEICAO DE SOUZA												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88897753949	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200										
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES		27-Número no CRO 3754	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 85100200										
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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Janice			
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Janice			
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Janice			
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Janice			
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Janice			
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Janice			
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 01/03/2021						44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 420,00		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, 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 01/03/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa			