



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2021	4-Data de Autorização 12/11/2021	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9202784	7-Data Validade da Santa 11/01/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

753484
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100202541169120000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2022	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PAULO SERGIO BRANDAO	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano SUELI GOMES MACHADO BRANDAO
---------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1119178372809	22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS
26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	27-Número no CRO 73084
18-Número no CRO 73084	19-UF SP
23-Número no CRO 73084	24-UF SP
25-Código CNES (1) 81000405	20-Código CBO S 09
28-Código CBO S	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 Gress	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78	00	0,00	0,00	S	12/10/2021		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/2021	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 78,00	47-Valor Total R\$ 10500,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	--------------------------------	---

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 obter com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é 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 este 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 12/11/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2021	53-Data, local e Assinatura do Operador 12/11/2021
---	---	---	---

R. Rua Generosa Basilio

Redentora - CEP: 15075-790

15075-790

15075-790