



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P

378529
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/09/20 4-Data de Autorização 19/09/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7885804 7-Data Validade da Senha 17/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530278200000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ENZO EMMANUEL HENNEMANN DA SILVA 05/06/2009 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano ROSANGELA CRISTIANE PADILHA HENNEMANN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES 18-Número no CRO 15491 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08812153925 22-Nome do Contratado Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES 23-Número no CRO 15491 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES 27-Número no CRO 15491 28-UF SC 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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/08/20		Rosângela
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/08/20		Rosângela
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/08/20		Rosângela
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/08/20		Rosângela
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 140,00 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, 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 21/10/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20

Dr. Henrique de O. Raposo
Especialista em Implantodontia
e Cirurgia Buco - Maxilo - Facial
CRD/SC 10175