

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



628050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão na Guia 12/11/07 4-Data de Autorização 12/11/07 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8840433 7-Data Validade da Semeta 19/11/07 8-Data Validade da Semeta 19/11/07

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020225391469000001102 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 TIAGO MACEDO ALDIVINO 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano IADNEI DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Mórito da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Ord	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchisa/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Mórito da Glosa	42- Assinatura
1-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00					
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00					
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00					
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00					
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados de Visão do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchisa / 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), foram realizados 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

Sakem - 084570.

50-Dado, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante

51-Dado, local e Assinatura do Operador-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado, local e Assinatura da Empresa

54-Dado, local e Assinatura da Empresa

55-Dado, local e Assinatura da Empresa



1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

10 | 8 | 11 | 07 | 11 | 21 | 1

4-Data de Autorização

10 | 8 | 11 | 07 | 11 | 21 | 1

5-Semeta

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8791681

7-Data Válida da Semeta

10 | 6 | 11 | 10 | 11 | 21 | 1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	10-Empresa
10 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 9 5 3 5 0 1	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
9-Plano	11-Data Validade da Carteira
POS REDE PRESTADORA	1 1 / 1 1 / 1 1
	12-Número do Cartão

13- Nome	SIRLENE MENDES FISCHER
14- Telefone	07/08/1979
15- Nome do titular do plano	SIRLENE MENDES FISCHER

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
-----------------------	--	----------------------------------	--------------------	---------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Encaixante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código ONS
12 5 10 7 0 4 2 6 8 0 0	ELISABETE MONTEIRO SCHAEFER	55391	SP	

ELISABETE MONTEIRO SCHAFFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S	20 20 8035
---	---------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Idt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-AMI	40-Data
1	001081	010101651	CONSULTA ODONTOLÓGICA							

[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]

12

[illegible][illegible]

☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	50% tipo de tratamento ☐ 1-Total 2-Parcial	40% Total Quantitativo US 1 1 7 8 1,0 1,0	40% Valor Total R\$ 10 1,1
---	--	--	--	-------------------------------

15-Observação

$\frac{1}{\sqrt{e}}$

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	8 / 11 / 21	
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	8 / 11 / 21	
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	8 / 11 / 21	
53-Data local e Contributo da Empresa	8 / 11 / 21	

