

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1530992
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 2 / 1 0 / 1 2 3

6-Número da Guia Principal
11445953

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 7 / 1 0 7 / 1 2 3

3-Data de Emissão da Guia
1 4 / 1 0 7 / 1 2 3

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 5 7 7 2 0 0 0 0 0 0 1 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

FRANCIELLE MACHOSKI

13-Data
04/09/1984

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
FRANCIELLE MACHOSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO
134645

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1 2 4 2 5 5 3 5 0 0 0 1 5 4

22-Nome do Contratado Executante
BEO - BEM ESTAR ODONTOLOGIA LTDA

23-Número no CRO
134645

24-UF
SP

25-Código CNES
0828831

26-Nome do Profissional Executante

ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA

27-Número no CRO
134645

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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-Assin
1- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	03/12/27	
2- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	03/12/27	
3- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	03/12/27	
4- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	03/12/27	
5- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	03/12/27	
6- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
7- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
8- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
9- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
10- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
11- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
12- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
13- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
14- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
15- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação	49-Total Franquia / Co-participação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 1 / 1 1 / 1 1	1 1 - Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoortia 4-Urgência/Emergência	1 1 - Total 2-Parcial	1 3 0 5 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 4 3 1 0 7 1 2 3	1 4 3 1 0 7 1 2 3	1 4 3 1 0 7 1 2 3	1 4 3 1 0 7 1 2 3	1 4 3 1 0 7 1 2 3

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 pr 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, 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
14/10/2027 Estefania Guntzel

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027 Estefania Guntzel

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/10/2027

53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/10/2027

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2027