



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



2407748
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/08/12/15	4-Data de Autorização 10/12/10/8/12/15	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14189404	7-Data Validade da Serinha 13/10/10/9/12/15
--------------------------	---	---	-------------------------	--	--

8-Número da Carteira 10/02/02/5/4/6/6/5/7/6/0/0/0/0/1/0/1/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANDRE LUIS BETTANI ADALA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS BETTANI ADALA
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA DE SANTANA BERNARDO	18-Número no CRO 132127	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 48067947000146	22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA ME	23-Número no CRO 125515	24-UF SP	25-Código CNES 0046051
---	--	----------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante CAROLINA DE SANTANA BERNARDO	27-Número no CRO 132127	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raigão	34-Faca	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	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	1,00	0,00	1	02/10/25		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	1,00	0,00	1	02/10/25		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	1,00	0,00	1	02/10/25		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	1,00	0,00	1	02/10/25		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,11
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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
CANCELAR ELEMENTO 36, POIS O MESMO FOI ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO ENDODONTICO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/08/11/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/25	53-Data, local e Carteira da Empresa 02/10/25
---	---	---	--

Dr. Tathiane Moreira da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 125515