



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

482962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2021	4-Data de Autorização 23/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8321319	7-Data Validade da Senha 24/05/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535298600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GRACILENE DA SILVA BARREIRA		14-Telefone 05/01/1981	15-Nome do titular do plano GRACILENE DA SILVA BARREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	18-Número no CRO 1852	19-UF TO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 85101915149	22-Nome do Contratado Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	23-Número no CRO 1852	24-UF TO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES		27-Número no CRO 1852	28-UF TO	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	23/10/21		Gracilene
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	I	1	61,00	0,00		S	23/10/21		Gracilene
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	I	1	61,00	0,00		S	23/10/21		Gracilene
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	23/10/21		Gracilene
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61,00	0,00		S	23/10/21		Gracilene
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	I	1	61,00	0,00		S	23/10/21		Gracilene
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 366,00	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

Assinatura do Beneficiário: Gracilene Silva Barreira

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--