

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2019	4-Data de Autorização 12/06/2019	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7849471	7-Data Validade da Semeta 10/03/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

**Dados do Beneficiário**

8-Número do Cartão 0002025197743000508011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COCAMAR COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SANDRA FERREIRA DA SILVA	14-Telefone ( ) - - - - -	15-Data Validade da Carteira SANDRA FERREIRA DA SILVA		

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante PAMHELA AGUIERO BABETTO MENDES	18-Número no CRO 28624	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08905018904	22-Nome do Contratado Executante PAMHELA AGUIERO BABETTO MENDES	23-Número no CRO 28624	24-UF PR	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante PAMHELA AGUIERO BABETTO MENDES	27-Número no CRO 28624	28-UF PR	29-Código CBO S	

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados**

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-COD	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	16	V	1	16,10	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	16,10	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	16,10	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	16,10	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	16,10	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 Quantizado US 305,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

**49-Observação**

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(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dra. Pâmela A. B. Mendes  
Cirurgiã Dentista  
CRO: 28.624

Sandra Ferreira da Silva

370237  
INTERCÂMBIO