

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



873576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/22	4-Data de Autorização 11/02/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9575232	7-Data Validade da Senha 12/05/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202545662300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOANITO JARNO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOANITO JARNO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO LUCAS DE OLIVEIRA SCHISLER	18-Número no CRO 31417	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11062516958	22-Nome do Contratado Executante JOAO LUCAS DE OLIVEIRA SCHISLER	23-Número no CRO 31417	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JOAO LUCAS DE OLIVEIRA SCHISLER		27-Número no CRO 31417	28-UF PR	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	17	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	61,00	0,00		S	/ /		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	D	1	61,00	0,00		S	/ /		
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	31	LMD	1	122,00	0,00		S	/ /		
6	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
10	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
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 540,00	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

--	--	--	--

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 / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



873576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/22	4-Data de Autorização 11/02/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9575232	7-Data Validade da Senha 12/05/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202545662300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOANITO JARNO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOANITO JARNO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO LUCAS DE OLIVEIRA SCHISLER	18-Número no CRO 31417	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11062516958	22-Nome do Contratado Executante JOAO LUCAS DE OLIVEIRA SCHISLER	23-Número no CRO 31417	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JOAO LUCAS DE OLIVEIRA SCHISLER		27-Número no CRO 31417	28-UF PR	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	17	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	61,00	0,00		S	/ /		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	D	1	61,00	0,00		S	/ /		
5-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	31	LMD	1	122,00	0,00		S	/ /		
6-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
9-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
10-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
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 540,00	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	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 / /
---------------	--	--	--	--