



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/06/215	4-Data de Autorização 11/21/06/215	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13991714	7-Data Validade da Sentença 11/01/09/215	2346834 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	--------------------------	--	---	------------------------

8-Número da Carteira 0002025122810700001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/21/06/215	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELISIANE MIRANDA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELISIANE MIRANDA
-----------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES	18-Número no CRO 21309	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159302556000185	22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 21309	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES	27-Número no CRO 21309	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/21/06/215		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/21/06/215	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/21/06/215	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/06/215	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/06/215 Elisiane Miranda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/21/06/215	54-Data, local e Assinatura do Responsável Dra. Jyme Maia Rodrigues Cirurgião Dentista CRO/SC21309
---	---	--	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/25	4-Data de Autorização 07/08/25	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14203254	7-Data Validação da Seria 04/10/25	2412035 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------	------------------------

8-Número da Carteira 00202525307100010702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome TATIANE DE SOUZA DIAS	03/07/1987	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANO SILVANER DIAS	

16-Atendimento a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES	18-Número no CRO 21309	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185	22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 21309	24-UF SC	25-Código CNEB 99999999
26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES		27-Número no CRO 21309	28-UF SC	29-Código CBO S

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 Dobra	42- Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00		12/10/25		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 61,00	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(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.

49-Observação
Favor anexar rx final e foto ao término do procedimento conforme regras da operadora.

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

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]
Jyme Maia Rodrigues
Cirurgião-Dentista
CRO/SC 21309