

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 6 / 1 / 1 1 / 2 0 1	4-Data de Autorização 1 2 / 1 / 1 1 / 2 0 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8029179	7-Data Validada da Sentença 0 4 / 1 0 / 2 1 / 2 1 1
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 0 5 7 0 0 0 0 1 0 5	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11 Data Validade da Carteira _/_/11_/_/11_	12 Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
ISAURA CESINO DE VASCONCELOS

13- Nome	14- Telefone	15- Nome do titular do plano
ISAURA CESINO DE VASCONCELOS	()	GIRLENE DANIELA VASCONCELOS DE BARROS
22/11/1963		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	18-Número no CRO 11569	19-UF PE	20-Código CBO S 06	025 - Estuário Empresarial
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2154089941805	22-Nome do Contratado/Executante RENATA GONCALVES DE MORAIS	23-Número no CRO 11569	24-UF PE	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	---

26. Nome do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA GONCALVES DE MORAIS	11569	PE	

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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S	19/11/20	[Assinatura]
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S	10/12/20	[Assinatura]
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S	10/12/20	[Assinatura]
4-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	32	DL	1	8 8 0 0	0 0 0	0 0 0	S	19/11/20	[Assinatura]
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento

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

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 condições estabelecidas no presente 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 previstos em contrato.

400

4.9. Observação

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião
11/11/2011

Dr. Renata G. Morais
Cirurgiã - Dentista
CRD - PE 11589

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52- Data: Jueves 10 de Septiembre de 2020

№ 420 А

Av. Duque de Caxias, 150 - Jd. América, 02309-000 - São Paulo, SP - CEP: 54 310-310

Trabalho dos Guardalhões-Pedras