

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1979192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/24	4-Data de Autorização 08/08/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12804671	7-Data Validade da Senha 04/11/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PERSONAL NET TECNOLOGIA DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020251145190008201									
13-Nome JOCELI LOPES KUHLL				14-Telefone 11/09/1973		15-Nome do titular do plano JOCELI LOPES KUHLL			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3754		19-UF SC		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88897753949		22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES		23-Número no CRO 3754		24-UF SC		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES				27-Número no CRO 3754		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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/08/24		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	08/08/24		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	08/08/24		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/08/24	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 235,00	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 08/08/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/08/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 08/08/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Mauriem de Souza Pes
3 Esp: DTM, Especialista em
CRO/SC 3754 CN 888.977.390-49

Dr. Mauriem de Souza Pes
3 Esp: DTM, Especialista em
CRO/SC 3754 CN 888.977.390-49

Jocele Kuhl