



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/2022	4-Data de Autorização 12/7/01/2022	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9506858	7-Data Validade da Serinha 12/5/10/4/2022
--------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

852461
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202536133100007603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SANTOS ANDIRA INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIDIANE DE MARQUES	01/01/1950	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano DHIEGO DE MARQUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SAULO RODRIGO RAMOS DOS SANTOS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29063713860	22-Nome do Contratado Executante SAULO RODRIGO RAMOS DOS SANTOS
26-Nome do Profissional Executante SAULO RODRIGO RAMOS DOS SANTOS	27-Número no CRO 13972
18-Número no CRO 13972	19-UF PR
23-Número no CRO 13972	24-UF PR
25-Código CNES (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 81000421-	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX
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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	40,00					
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	40,00					
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RP		1	14,00	9,49					
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RM		1	14,00	9,49					
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 177,00	47-Valor Total R\$ 98,98	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 / /
--	--	--	--