

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2452651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14333837	7-Data Validade da Senha 03/11/25
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202512334200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707707615071610
13-Nome ARILTON TOME SILVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ARILTON TOME SILVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARITHEA ANDREOLI CORREA	18-Número no CRO 19547	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11387346000100	22-Nome do Contratado Executante ORAL G CENTRO ESTETICO E ODONTOLOGICO	23-Número no CRO 19547	24-UF SC	25-Código CNES 0737070
26-Nome do Profissional Executante KARITHEA ANDREOLI CORREA	27-Número no CRO 19547	28-UF SC	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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-	0085200026	PREPARO NUCLEO	37		1	46,00	0,00		N	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
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 46,00	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 Justificativa: 85400157: O DENTE 37 APRESENTA EXTENSA DESTRUICAO CORONARIA EM DECORRENCIA DE FRATURA INVIABILIZANDO A RETENCAO DE UMA RESTAURACAO DIRETA APOS AVALIACAO CLINICA E RADIOGRAFICA OPTOUSE POR RECONSTRUCAO COM. null Ato 85400157: Necessario anexar radiografia no site para pagamento

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 / /
--	--	--	--