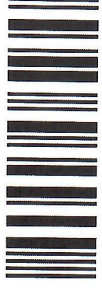


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

351889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 0 8 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7764584	7-Data Validade da Senha 0 3 / 1 1 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 6 1 6 6 0 0 0 0 1 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARTA ELENA ROSA DA SILVEIRA	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano JOSE ORLANDO TEIXEIRA DA SILVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 4 5 7 6 5 3 7 0 9 1	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	27-Número no CRO 26161	28-UF RS	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
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 1 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	3 4 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1		1	3 6 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
6-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	1	OM	1	8 8 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
7-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	1	PM	1	8 8 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
8-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	1	V	1	6 1 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
9-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	1	V	1	6 1 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
10-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	1	V	1	6 1 1 0 0	0,10	0,00	S	10/08/20	MRG
11											MRG
12											MRG
13											MRG
14											MRG
15											MRG

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5 3 7 0 1 0	47-Valor Total R\$	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), 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-Dia, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante

10/08/2020
Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/08/2020
Jose Orlando Teixeira da Silveira

53-Dia, local e Carimbo da Empresa