

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 9/12/21 4-Data de Autorização 11/3/10 9/12/21 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10352813 7-Data Validade da Guia 11/12/12/21

1140378
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01002025508928000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/12/12/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome EVERTON DOS SANTOS REIS 14-Plano POS REDE PRESTADORA 15-Data Validade da Carteira 11/12/12/21 16-Nome do titular do plano EVERTON DOS SANTOS REIS

17-Atendimento a RN ANDRESSA NASCIMENTO KRUSCHEWSKY 18-Número do Profissional Solicitante ANDRESSA NASCIMENTO KRUSCHEWSKY 19-Número no CRO 23572 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNPJ / CPF 1052379295671 22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA NASCIMENTO KRUSCHEWSKY 23-Número no CRO 23572 24-UF BA 25-Código CNES 26-UF BA 27-Número no CRO 23572 28-UF BA 29-Código CBO S 30-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

31-Abela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Área 35-CID 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia Co-participação R\$ 39-UF 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

1-0	2-0	3-0	4-0	5-0	6-0	7-0	8-0	9-0	10-0	11-0	12-0	13-0	14-0	15-0
1-0	0	0	1	0	0	0	6	5						
2-0	0	0	1	8	4	0	0	1	9	8				
3-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
4-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
5-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
6-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
7-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
8-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
9-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
10-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
11-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
12-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
13-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
14-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			
15-0	0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8			

43-Data Paralisação Termo do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assinante e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 este 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 11/10/19/11/21/21 Andressa Kruschewsky 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/19/11/21/21 Andressa Kruschewsky 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/015/11/21/21 Everton Reis 53-Data, local e Cálculo da Empresa 11/10/19/11/21/21 The Andressa Kruschewsky Cirurgião - Dentista CRO/BA 23572