



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-10*

1018236
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10009965	7-Data Validade da Senha 11/10/2012																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 00202548431700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome DOUGLAS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS DA SILVA																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa																																														
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																																															
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	46	V	1	6100	0000	S	130622																																										
2-																																																			
3-																																																			
4-																																																			
5-																																																			
6-																																																			
7-																																																			
8-																																																			
9-																																																			
10-																																																			
11-																																																			
12-																																																			
13-																																																			
14-																																																			
15-																																																			
43-Data Previsto Término do Tratamento 13/06/22		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 6100		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$																																									
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 Contratado - Dentista Solicitante 13/06/22 Dr. Mauriem de Souza Pes 3 Esp: DTM/Protese Dentística CRO/SC-3754 CPF-888.977.539-6													51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista 13/06/22 Dr. Mauriem de Souza Pes 3 Esp: DTM/Protese Dentística CRO/SC-3754 CPF-888.977.539-6													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/06/22													53-Data, local e Carimbo da Empresa												