



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

372483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7857918	7-Data Validade da Senha 08/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253180740000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA GABRIELA DE LIMA CHAVES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano THUANA VALERIA CHAVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977
22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 14893	24-UF SC	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA
27-Número no CRO 14893		28-UF SC	29-Código CBO S		

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Thiuno
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Thiuno
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Thiuno
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Thiuno
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	17/09/20		Thiuno
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	17/09/20		Thiuno
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 289,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/09/20 Gisele Lima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20 Gisele Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 17/09/20 Thiuno	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--