



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1131495  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10/09/12/21	4-Data de Autorização 10/05/10/09/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10330593	7-Data Validada da Senha 10/04/11/12/12/21
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 10102202154999903000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATO ALVES NUNES		14-Teléfono 27/04/1986 ( ) - - - - -	15-Nome do titular do plano GEOVANA OSORIO BETTKER		
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE DA SILVA SARTOR	18-Número no CRO 24305	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 1031091811631013	22-Nome do Contratado Executante ALINE DA SILVA SARTOR	23-Número no CRO 24305	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE DA SILVA SARTOR	27-Número no CRO 24305	28-UF RS	29-Código CBO S		

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	010815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	611,00	0,00			06/10/09/12/21		<i>[Assinatura]</i>
2	010815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	611,00	0,00			06/10/09/12/21		<i>[Assinatura]</i>
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 1221,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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 06/10/09/12/21, Cxs do Sr, Altm <i>S. Sartor</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/09/12/21, Cxs do Sr, Altm <i>S. Sartor</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/09/12/21 Cxs do Sr <i>Renato Alves Nunes</i>	53-Data, local e Carenho da Empresa 06/10/09/12/21, Cxs do Sr/RS
--	--	--	---

Dr.ª. Aline S. Sartor  
Cirurgiã - Dentista  
CRO - 24305