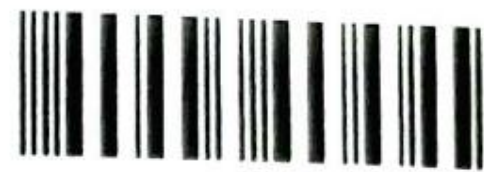




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

380022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889911	7-Data Validade da Senha 20/11/2020							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202531612300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome WELLITON MARQUES ALEXANDRE		14-Telefone 06/03/1998	15-Nome do titular do plano WELLITON MARQUES ALEXANDRE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES	18-Número no CRO 15491	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08812153925	22-Nome do Contratado Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES	23-Número no CRO 15491	24-UF SC	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES		27-Número no CRO 15491	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/10/20		
6	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			10/10/20		
7	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00			10/10/20		
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 324,00		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 no 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 16/10/2019			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2019			

Dr. Henrique de O. Raposo
Especialista em Implantodontia
e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO/SC 10175