

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 7/12/5 4-Data de Autorização 13/01/07/12/5 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14170937 7-Data Validade da Serha 12/06/09/12/5 2402349 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020251221559000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome RODRIGO MUNDIN SANT ANNA 14-Telefone 17/10/1963 15-Nome do titular do plano RODRIGO MUNDIN SANT ANNA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PAOLA FERNANDES DA SILVA LEITE 18-Número no CRO 136755 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 147193959000154 22-Nome do Contratado Executante VP ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA 23-Número no CRO 92592 24-UF SP 25-Código CNEB 2992051 26-Nome do Profissional Executante PAOLA FERNANDES DA SILVA LEITE 27-Número no CRO 136755 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	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		5	30/04/25		Rus
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00		5	30/04/25		Rus
3	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	258,00	0,00		5	11/08/25		Rus
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		5	30/04/25		Rus
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		5	11/08/25		Rus
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 853,00 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

Rodrigo Mulin Sant Anna

50-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista Solicitante 11/08/25 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/25 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/25 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/25

Dra. Paola Fernandes S. Leite
Cirurgiã-dentista
CROSP 136755

Dra. Paola Fernandes S. Leite
Cirurgiã-dentista
CROSP 136755

Paola