



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

649718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/21	4-Data de Autorização 30/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8906634	7-Data Validade da Senha 03/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00202539684100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome TALITA VALERIANO	14-Telefone 07/05/1994	15-Nome do titular do plano JORGE DE MELO JUNIOR
-----------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 129662	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40750903880	22-Nome do Contratado Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 129662	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 129662	28-UF SP	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
1-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	1	8800	0,00			30/08/21		Talita
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6100	0,00			30/08/21		Talita
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 14900	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: Protocolo: 40641420211103000157 - foto anexada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Letícia Costa Cirurgião Dentista CROSP 129662	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

777082
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/21	4-Data de Autorização 12/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9280866	7-Data Validade da Senha 09/02/22							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253968410000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome TALITA VALERIANO		14-Telefone 07/05/1994	15-Nome do titular do plano JORGE DE MELO JUNIOR									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 129662	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40750903880	22-Nome do Contratado Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 129662	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 129662	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PV	1	88100	0,00			30/08/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6100	0,00			30/08/21		
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 14900		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 / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Letícia Costa Cirurgião Dentista CROSP:129662			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			