



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



360377
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/08

4-Data de Autorização
10/31/09

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
7803502

7-Data Validade da Senha
11/8/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202528401160000011021

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DANIEL CESAR SENS

14-Telefone
1608/1987

15-Nome do Titular do Plano
IGIANARA SOARES VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
GABRIEL FABIANI

18-Número no CRO
29697

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 82001296-26
(1) 82001294-38

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
019311529590011

22-Nome do Contratado Executante
GABRIEL FABIANI

23-Número no CRO
29697

24-UF
PR

25-Código CNES
(1) 82001296-26
(1) 82001294-38

26-Nome do Profissional Executante
GABRIEL FABIANI

27-Número no CRO
29697

28-UF
PR

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
1-00	8200101073	ODONTO-SEÇÃO	38	1	1	64,00	29,44	504,09	20	10/09/20		
2-00	820011286	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	1	361,00	0,00	504,09	20	10/09/20		
3-00	820011294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38	1	1	86,00	0,00	504,09	20	10/09/20		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento
10/09/20

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
611,00

47-Valor Total R\$
29,44

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
RX analisado

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/10/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/10/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/09/20

53-Data, local e Cartão de Empresa
10/09/20

54-Data, local e Cartão de Empresa
10/09/20

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgia Dentista
CRO PR 20697