



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F

460779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/11 21	4-Data de Autorização 26/10/11 21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8227561	7-Data Validade da Guia 23/10/11 21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020205351778000000101	9-Plano 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 BARBARA STEFANY SOUZA DA SILVA		14-Telefone (11) 9537-1141	15-Nome do titular da Guia BARBARA STEFANY SOUZA DA SILVA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Número na CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 309294152721	22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	23-Número na CRO 5480	24-UF AM	25-Código CBO S								
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		27-Número na CRO 5480	28-UF AM	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Pagão	34-Face	35-Cad	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0010810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/01/21		A. Amélia
2-0010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJD		1	36,00	0,00			29/01/21		A. Amélia
3-0010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/01/21		A. Amélia
4-0010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJE		1	36,00	0,00			29/01/21		A. Amélia
5-0010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/01/21		A. Amélia
6-11111111111111												
7-11111111111111												
8-11111111111111												
9-11111111111111												
10-11111111111111												
11-11111111111111												
12-11111111111111												
13-11111111111111												
14-11111111111111												
15-11111111111111												
43-Data Prevista Término do Tratamento						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$	49-Taxa Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em reembolso 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 Alterada a Guia de temporária para definitiva.												
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 29/01/2021						51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/2021			52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 29/01/2021			

UNIVERSO ODONTO
Ana Amélia F. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 163