



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2017976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2017	4-Data de Autorização 05/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12929908	7-Data Validade da Senha 04/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0202025116261900000101	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 RAFAELLA FRANZONI BARBOSA	27/01/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAELLA FRANZONI BARBOSA
--------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDIANE BARBOSA VIEIRA DE SOUZA	18-Número no CRO 23179	19-UF SC	20-Código CRO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 076593209121	22-Nome do Contratado Executante EDIANE BARBOSA VIEIRA DE SOUZA	23-Número no CRO 23179	24-UF SC	25-Código CNES () 85100218
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante EDIANE BARBOSA VIEIRA DE SOUZA	27-Número no CRO 23179	28-UF SC	29-Código CRO 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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	0	851100196	16	0	1	61,00	0,00	0,00	1	15/09/2017	Reparação	
2-0	0	851100218	36	ODV	1	122,00	0,00	0,00	1	15/09/2017	Reparação	
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		183,00	

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(ram) 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
Tratamento não realizado: Restauração Resina dente 16 face O

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2017, São José SC, Ediane B. Vieira de Souza	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/01/2017, São José SC, Ediane B. Vieira de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/2017, São José SC, Rafaela	53-Data, local e Cópia da Empresa 13/01/2017, Ediane B. Vieira de Souza
---	---	---	--

36,60 - 11% = 32,157

Cirurgião - Dentista
CRO/SC 23179