



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

482929
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/3/10/2/12/1	4-Data de Autorização 2/9/10/3/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8321173	7-Data Validade da Senha 2/4/10/5/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202529406400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JANICE DA CONCEICAO CORREA DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEFERSON CONCEICAO DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88897753949	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES		27-Número no CRO 3754	28-UF SC	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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/03/21		Janice
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/03/21		Janice
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/03/21		Janice
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/03/21		Janice
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	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 140,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21 Mauriem de Souza Pes Esp. em Prótese CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21 Mauriem de Souza Pes Esp. em Prótese CRO/SC 3754 CPF 888.977.539-49	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 Janice da C. de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------