



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

558047
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/21	4-Data de Autorização 20/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8610693	7-Data Validade da Senha 18/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202537651600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE VOGNIAK 02/05/1980		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHEL FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977	22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	23-Número no CRO 14893	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	27-Número no CRO 14893	28-UF SC	29-Código CBO S		

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	20/05/21		Tatiane
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	20/05/21		Tatiane
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 28,00	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 20/05/21 Gisele Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/21 Gisele Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/21 Tatiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--