



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

521165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8474258	7-Data Validade da Senha 11/07/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202524909600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MICHELE DE FATIMA VAZ		14-Telefone 30/07/1985 (47) 9150-9147	15-Nome do titular do plano JOSE HENRIQUE LAURENCO									
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-JF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977	22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	23-Número no CRO 14893	24-JF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-							
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893	28-JF SC	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPID							
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	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00			13/04/21		<i>Michele</i>
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			13/04/21		<i>Michele</i>
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 13/04/21 <i>Giselle</i>			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21 <i>Giselle</i>			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 <i>Michele Vaz</i>			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			