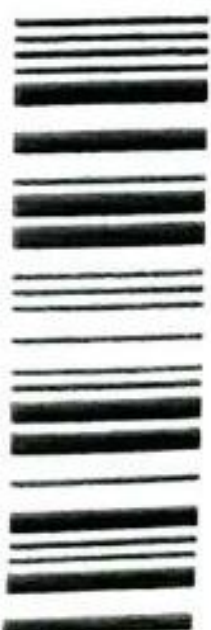




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



327121
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/2016

4-Data de Autorização
10/05/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7647390

7-Data Validade da Senha
11/09/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202530278200000101

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
ROSANGELA CRISTIANE PADILHA HENNEMANN

13/10/1972

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ROSANGELA CRISTIANE PADILHA HENNEMANN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES

18-Número no CRO
15491

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08812153925

22-Nome do Contratado Executante
BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES

23-Número no CRO
15491

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES

27-Número no CRO
15491

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/08/2019		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			11/08/2019		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			11/08/2019		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			11/08/2019		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			11/08/2019		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00			10/08/2019		
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			10/08/2019		
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
300,00

47-Valor Total R\$
10,00

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 no 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 assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

18/08/2019

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/10/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/19

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/19

Dr. Henrique de O. R. S. e Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

CRO/SC 10175