

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1120888
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/06/2018 4-Dia de Autorização 12/06/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10300577 7-Dia Validade da Senha 12/04/2019

8-Número da Carteira 00020250820700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THIAGO ROBERTO PADILHA 14-Telefone (11) 05/10/1986 15-Nome do titular do plano THIAGO ROBERTO PADILHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CLAUDIA ZAGO GUERRA 18-Número no CRO 30745 19-UF PR 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CUPU / CPF 0115178127000130 22-Nome do Contratado Executante CLINI-DENTE LTDA 23-Número no CRO 30745 24-UF PR 25-Código CNES 5063396 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante ANA CLAUDIA ZAGO GUERRA 27-Número no CRO 30745 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Maior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	314,08	22			Thiago
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	311,08	22			Thiago
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	88,00	0,00	311,08	22			Thiago
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Próximo 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 210,00 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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2018 Ana Claudia Z. Guerra 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2018 Ana Claudia Z. Guerra 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2018 Thiago Padilha 53-Data, local e Assinatura da Empresa 31.08.22