

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372499

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2019	4-Data de Autorização 16/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7858081	7-Data Validade da Senha 08/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531807400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THUANA VALERIA CHAVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THUANA VALERIA CHAVES	

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) 85100200 (I) 85100200
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	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	17/10/2019		Thuana
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	17/10/2019		Thuana
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	17/10/2019		Thuana
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00		S	19/10/2019		Thuana
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	19/10/2019		Thuana
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	19/10/2019		Thuana
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	19/10/2019		Thuana
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	19/10/2019		Thuana
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	19/10/2019		Thuana
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	19/10/2019		Thuana
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	17/10/2019		Thuana
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	17/10/2019		Thuana
13	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	88,00	0,00		S	17/10/2019		Thuana
14	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	17/10/2019		Thuana
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 908,00	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 17/10/2019, [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2019, [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2019, [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--