



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1747090  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/8/01/24	4-Data de Autorização 11/8/01/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12061810	7-Data Validação da Senha 117/04/24							
Dado do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020251109170000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome MARILENE ESPINDOLA AGUERO		13/01/1993	14-Telefone (____) _____-_____	15-Nome do titular do plano MARILENE ESPINDOLA AGUERO								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAMELA FERREIRA DE SA QUEIROZ	18-Número no CRO 7005	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1501137994000160	22-Nome do Contratado Executante MARIELLE DO C ABREU E PAMELA F D S QUEIROZ	23-Número no CRO 6666	24-UF MS	25-Código CNES 9999999	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218							
26-Nome do Profissional Executante PAMELA FERREIRA DE SA QUEIROZ		27-Número no CRO 7005	28-UF MS	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	1-0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OVL	1	12200	0,00	S118/01/24				xmarilene
2-0085100218	2-0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VOL	1	12200	0,00	S118/01/24				xmarilene
3-0085100196	3-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6100	0,00	S118/01/24				xmarilene
4-0085100196	4-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6100	0,00	S118/01/24				xmarilene
5-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
6-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
7-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
8-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
9-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
10-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
11-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
12-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
13-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
14-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
15-_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/8/01/24	44-Tipo de Alendramento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 36600	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo à 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, é por mim assinado(s), fôrum realizad(o)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 118/01/24 PamelaFerreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 118/01/24 PamelaFerreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 118/01/24 xmarilene	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____									