

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019 4-Data de Autorização 14/11/2019 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7923784 7-Data Validade da Sentia 12/09/2019

386994
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202531770620000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/09/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome GEANINE DE OLIVEIRA PEREIRA 14-Teléfono 08/10/1992 15-Nome do titular do plano MICHAELLEN RODRIGUES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105758019720 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			14/11/2019		Geanine D.P.
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			17/11/2019		Geanine D.P.
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			17/11/2019		Geanine D.P.
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			14/11/2019		Geanine D.P.
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			14/11/2019		Geanine D.P.
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			14/11/2019		Geanine D.P.
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			14/11/2019		Geanine D.P.
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 1300,00 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/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 13/11/2019 Dr. Leonardo Garcia 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2019 Dr. Leonardo Garcia 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2019 Geanine D.P. 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540