



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Y 202010



2-AT

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2021
 4-Data de Autorização 11/01/2021
 5-Sorte AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 14903704
 7-Data Validade da Sorte 11/01/2021
 2632984 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101020251241957000010101
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome TATIANE MARCELE SANTOS DE BRITTO BENA
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano TATIANE MARCELE SANTOS DE BRITTO BENA

16-Identificação a RV N
 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO CHEDID DA SILVA
 18-Número do CRD 25325
 19-UF RJ
 20-Código CBO 3
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121603386000121
 22-Nome do Contratado Exceção GH IMAGENS ODONTOLÓGICAS LTDA
 23-Número no CRD 25325
 24-UF RJ
 25-Nome do Profissional Exceção LEONARDO CHEDID DA SILVA
 26-Número no CRD 25325
 27-UF RJ
 28-UF RJ
 29-Código CBO 5
 30-Código CBO 3
 31-UF RJ
 32-Código CNES 9114017
 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módo de Class	42-Análise
1	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78100				11/01/2021	S	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Total Quantidade US
 47-Valor Total R\$
 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, compreendendo-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), foram realizados 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 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
 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GH IMAGENS ODONTOLÓGICAS
 SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS
 96-93-38111-21