

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



342844
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 12/2/01 4-Data de Autorização 12/2/10 7/12/2/01 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7721209 7-Data Validade da Semha 19/11/01 12/2/01

8-Número da Carteira 00202025306680000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ALESSANDRA NOGUEIRA DA SILVA 14-Telefone 26/04/1983 15-Nome do titular do plano ALESSANDRA NOGUEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL 18-Número no CRO 30636 19-Uf RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 086246397119 22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA 23-Número no CRO 30636 24-Uf RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA 27-Número no CRO 30636 28-Uf RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														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
30-Tabela	31-Código do Procedimento																							
1-0	0	8	1	0	0	2	9	4	LEVANTAMENTO									23/07/20						
2-1																								
3-1																								
4-1																								
5-1																								
6-1																								
7-1																								
8-1																								
9-1																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
43-Data Previsão 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\$				
1-1																								

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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional de Saúde

de Silva

de Silva



Alexandra Moqueira da Silva

Solicito exame radiográfico (periapical completo) para fechar diagnóstico.

Dra. Debora Reisinger
Cirurgiã - Dentista
CRO 47824
09/07/2020

Rua Dr Pereira dos Santos
Ed. Monet Corporate . 107 SL.920
perto das lojas south

☎ 21 2635- 3933
📞 97151- 6154