

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



660874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/08/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8939655		7-Data Validade da Senha 12/11/21	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 00202540916800010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ CARLOS LINHARES FERREIRA									
14-Telefone () - / /									
15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS LINHARES FERREIRA									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ORTOTAL		18-Número no CRO 32824		19-UF RJ		20-Código CBO S 06	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 098114065722		22-Nome do Contratado Executante MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA		23-Número no CRO 32824		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA		27-Número no CRO 32824		28-UF RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa	

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	00081100000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		14/08/21	
2	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		14/08/21	
3	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		14/08/21	
4	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		14/08/21	
5	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		14/08/21	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/08/21	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 178,00	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 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 14/08/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/21
---	---	---

Ortodontolife Ltda
CNPJ: 40.550.996/0001-23
Av. Dr. Arnaldo Negreiros 245
Centro - São João de Meriti