

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



995613
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 15/12/21	4-Data de Autorização 12/5/10 15/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9943485	7-Data Validade da Senha 12/3/10 8/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00102025446244500000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome JOAO CARLOS DE PAIVA	14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JOAO CARLOS DE PAIVA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		18-Número no CRC 41529		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1115381650761211		22-Nome do Contratado Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		23-Código CNES 41529	
26-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		27-Número no CRC 41529		28-UF RJ	

19-UF RJ		20-Código CEO S		25-Código CNES		29-Código CEO S	
37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
35-Qtd		36-Quantidade US		39-Aut		41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura	

30-Tabula	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 Cláusula 42-Assinatura
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	27/05/22	
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	27/05/22	
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	27/05/22	
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	27/05/22	
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11440,00	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 12/12/15/12/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/15/12/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/15/12/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
---	---	---	--