

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



320596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/20	4-Data de Autorização 25/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7614046	7-Data Validade da Senha 02/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202530167300000102		13-Nome MANUELA AZEVEDO QUARESMA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano NEUZA AZEVEDO DAMASCENO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		18-Número no CRO 39875		19-UF RJ		20-Código CBO S		25 - Faturar Empresa	
---	--	--------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05918695788		22-Nome do Contratado Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		23-Número no CRO 39875		24-UF RJ		25-Código CNES	
--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Solicitante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		27-Número no CRO 39875		28-UF RJ		29-Código CBO S	
--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	25/06/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 72,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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 25/06/20 Priscila		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/20 Priscila		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	--	--	---	--	--	--