



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2P

438910
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/20	4-Data de Autorização 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8136812	7-Data Validade da Senha 10/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025339120000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ARTHUR OLIVEIRA ANDRADE	14-Telefone 17/11/2013	15-Nome do titular do plano NATHALIA GABRIELLA DE OLIVEIRA THEODORO
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RDI N	17-Nome do Profissional Solicitante THALYTA BRAGA DE MORAES	18-Número no CRO 46146	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10215691784	22-Nome do Contratado Executante THALYTA BRAGA DE MORAES	23-Número no CRO 46146	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante THALYTA BRAGA DE MORAES	27-Número no CRO 46146	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OP	1	88,00	0,00			S 28 DEZ 2020		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	61,00	0,00			S 28 DEZ 2020		
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 149,00	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(ram) 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 28 DEZ 2020 Thalyta Braga de Moraes CRO - RJ	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28 DEZ 2020 Nathalia Gabriella de Oliveira Theodoro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--