

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

384408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019 12:00	4-Data de Autorização 12/08/2019 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7910984	7-Data Validade da Senha 27/11/2020
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202531769400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCOS LEVI TEIXEIRA DA COSTA	14-Telefone (121) 916419164322	15-Nome do titular do plano KELLY GOULART ALVES
--	-----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	21-Código CBO S 03	22-Valor Total R\$ 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------	---

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127681561108841111	24-UF RJ	25-Código CBO S 29605	26-Código CBO S 29605
---	-------------	--------------------------	--------------------------

27-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	28-Número no CRO 29605	29-UF RJ	30-Código CBO S 29605
--	---------------------------	-------------	--------------------------

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
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 1144,00	48-Valor Total R\$ 1144,00	49-Valor Total R\$ 1144,00
--	--	---	---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 12/10/2019, Rio de Janeiro, [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2019, Rio de Janeiro, [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2019, Rio de Janeiro, [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/2019, Rio de Janeiro, [Assinatura]
---	---	---	--

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/10/2019, Rio de Janeiro, [Assinatura]