



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



501309
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/03/21		4-Data de Autorização 11/03/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8394650		7-Data Validade da Senha 15/06/21													
8-Número da Carteira 0020253511420000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome JOSE HUMBERTO VALLIM SCARAMUSSA													
14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano JOSE HUMBERTO VALLIM SCARAMUSSA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA LOPES DE SOUZA		18-UF RJ		19-UF RJ													
20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1104173380765		22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		23-Número no CRO 49783		24-UF RJ		25-Código CNES RJ													
26-Nome do Profissional Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		27-Número no CRO 49783		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-45 (I) 81000421-RPID (II) 81000421-RPID		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 Class 42-Assinatura													
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 Class 42-Assinatura	
1-10108152001166		10108152001166		TRATAMENTO ENDODONTICO		45		1		1		258100		01000		01000		S		19/03/21		a 76	
2-010811000421		010811000421		RX PERIAPICAL		RPID		1		1		14100		01000		01000		S		19/03/21		a 76	
3-010811000421		010811000421		RX PERIAPICAL		RPID		1		1		14100		01000		01000		S		19/03/21		a 76	
4-111111111111		111111111111																					
5-111111111111		111111111111																					
6-111111111111		111111111111																					
7-111111111111		111111111111																					
8-111111111111		111111111111																					
9-111111111111		111111111111																					
10-111111111111		111111111111																					
11-111111111111		111111111111																					
12-111111111111		111111111111																					
13-111111111111		111111111111																					
14-111111111111		111111111111																					
15-111111111111		111111111111																					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1286100		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação											

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), 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 19/03/21 Natalia Lopes de Souza		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/21 Natalia Lopes de Souza		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21 Jose Humberto Vallim Scaramussa		53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/03/21	
DRA. NATÁLIA LOPES DE SOUZA CIRURGIA DENTÁRIA		DRA. NATÁLIA LOPES DE SOUZA CIRURGIA DENTÁRIA		DRA. NATÁLIA LOPES DE SOUZA CIRURGIA DENTÁRIA		DRA. NATÁLIA LOPES DE SOUZA CIRURGIA DENTÁRIA	