

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1158840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/2019		4-Data de Autorização 12/06/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10401822		7-Data Validade da Senha 12/05/2021		11-Data Validade da Carteira 12/05/2021		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 1158840	
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00020215089050000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 12/05/2021			
13-Nome ROBSON SOARES DA SILVA				14-Telefone ()				15-Nome do titular do plano ROBSON SOARES DA SILVA				16-Data de Nascimento 05/10/1990			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		18-Número no CRO 15789		19-UF GO		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 137223174000123		22-Nome do Contratado Executante LIV. ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA		23-Número no CRO 15789	
24-Código do Profissional Executante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		25-Código CBO S		26-Código CBO S		27-UF GO		28-UF GO		29-Código CBO S		30-Tabela		31-Código do Procedimento	
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	
1-010810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		3400				0100		S 26/09/2021	
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/06/2021		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3400		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 26/09/2021		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/2021		52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 26/09/2021	
---------------	--	---	--	---	--	--	--