

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 10/09/2019 4. Data de Autorização 12/03/2019 5. Senha AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 7857994 7. Data Validade da Senha 10/08/2021

372509 INTERCÂMBIO

8. Número da Carteira 0002012531273900001011

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 ELAYNE CRISTINA DE ASSIS SILVA SAMPAIO

14. Telefone () - - - - -

15. Nome do titular do plano ELAYNE CRISTINA DE ASSIS SILVA SAMPAIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN N

17. Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA

18. Número no CRO 38540

19. UF RJ

20. Código CBO S 025

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 05758019720

22. Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA

23. Número no CRO 38540

24. UF RJ

25. Código CNES 85100218

26. Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA

27. Número no CRO 38540

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	00	81000030			1	34,00	0,00		S	23/09/20		Elayne
2	00	85300047			1	36,00	0,00		S	23/09/20		Elayne
3	00	85300047			1	36,00	0,00		S	23/09/20		Elayne
4	00	85300047			1	36,00	0,00		S	23/09/20		Elayne
5	00	85300047			1	36,00	0,00		S	23/09/20		Elayne
6	00	85100218			1	36,00	0,00		S	23/09/20		Elayne
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43. Data Previsão Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Faturamento	46. Total Quantidade US	47. Valor Total R\$	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

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53. Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540

de Assis Silva Sampaio