



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

335710
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/2017	4-Data de Autorização 14/07/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689388	7-Data Validade da Sentença 05/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 002025305734000000101	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 DAVI ROCHA DE SOUZA	10/10/1986	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano DAVI ROCHA DE SOUZA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA	18-Número no CRO 45407	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0903582776	22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA	23-Número no CRO 45407	24-UF RJ	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA		27-Número no CRO 45407	28-UF RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
1-0018110100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00	0,00		16/07/2017				
2-1														
3-1														
4-1														
5-1														
6-1														
7-1														
8-1														
9-1														
10-1														
11-1														
12-1														
13-1														
14-1														
15-1														
43-Data Previsto 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\$									
			1-Total 2-Parcial											

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 no 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 16/07/2017, Mangaratiba, Madson de Souza	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/2017, Mangaratiba, Madson de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/2017, Mangaratiba, Madson de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/07/2017, Mangaratiba, Madson de Souza
---------------	---	---	---	---