

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



416832
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8043699	7-Data Validade da Senha 09/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253065450000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADRIANO MARQUES DE AGUIAR				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANO MARQUES DE AGUIAR
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		18-Número no CRO 39704	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		23-Número no CRO 39704	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		27-Número no CRO 39704		28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/11/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/11/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/11/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			12/11/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/20	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-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 Contratado 12/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Contratado 12/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Adriano Marques de Aguiar	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--