



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

375259
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/19	4-Data de Autorização 12/09/19	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7870643	7-Data Validade da Senha 11/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 000202530289100000101	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 ELANE FIDELES DE PAIVA		14-Telefone 09/09/1982	15-Nome do Titular do plano ELANE FIDELES DE PAIVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA	18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CFP 001250478782	22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA	27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old
1-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14	00
2-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14	00
3-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14	00
4-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14	00
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/19 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/19	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11		

8 Elane Fideles de Paiva