

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

510596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 0 9 / 0 4 / 2 1	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8431132	7-Data Validade da Santa 2 7 / 0 6 / 2 1
Declara do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 9 9 6 0 0 0 0 1 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira / / / 12-Número do Contrato Nacional de Saúde 13-Nome MARCOS DAVI DE JESUS OLIVEIRA 14-Telefone () 9 3 3 8 1 6 7 7 0 15-Nome do titular do plano SOLINEIDE BATISTA DE OLIVEIRA					
Declara do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 8 1 8 6 0 3 9 1 0 4 22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA 26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA 20-Código CBO S 9636 24-UF DF 25-Código CNES 9636 28-UF DF 29-Código CBO S 9636 18-Número no CRO 9636 19-UF DF 23-Número no CRO 9636 27-Número no CRO 9636 025 - Faturar Empresa					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 1- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA 2- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-					
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 Glasa 42-Assinatura 43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Alendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento 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(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 09/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2019	53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/10/2019
---	---	---	--

Cirurgião Dentista
 ORO - DF 9636