

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



683675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2019	4-Data de Autorização 07/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8997283	7-Data Validade da Guia 25/11/2019
8-Número da Carteira 00202538867100000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Cidade/Estado da Carteira /
12-Nome RAPHAEL CAETANO DA SILVA CORDEIRO			13-Teléfono 19/10/1983	14-Telefone ()	15-Número do Cartão Nacional de Saúde /
16-Endereço do Beneficiário N					
17-Nome do Profissional Solicitante N					
18-Endereço da Operadora / CNPJ / CPF 02015177878		19-Nome do Contratado Executante NIVALDO ZANELLI JUNIOR		20-Número no CRO 9761	21-UF RJ
22-Nome do Profissional Executante NIVALDO ZANELLI JUNIOR		23-Número no CRO 9761		24-UF RJ	25-Código CBO B 04
26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 9761		28-UF RJ	29-Código CBO B 04
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(PF) 85000158-47
(I) 81000421-
(I) 81000421-

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centes/Segundo	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Préjuízo/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	001852001158	TRATAMENTO ENDODONTICO	47	1	1	53300	01000	30000		30/09/2019		
2	001810000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	1400	01000	30000		30/09/2019		
3	001810000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	1400	01000	30000		30/09/2019		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Realizada/Término do Tratamento 30/09/2019	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1- Total 2- Parcelar	46-Total Quantidade US 563000	47-Valor Total R\$ 30000	48-Taxa Préjuízo / 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 os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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-Operando	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Confirmação da Empresa / /
-------------	--	---	--	--