

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

160406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/2019		4-Data de Autorização 12/06/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10406353		7-Data Validade da Senha 12/05/2021	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010202544525400001011		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 LIDIANE GONTIJO RIOS											
14-Telefone (11) 11111111											
15-Nome do titular do plano LIDIANE GONTIJO RIOS											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		18-Número no CRO 15789		19-UF GO		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 1372231740001123		22-Nome do Contratado Executante LIV. ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA		23-Número no CRO 15789		24-UF GO		25-Código CNES 9999999		Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN LEMES OLIVEIRA		27-Número no CRO 15789		28-UF GO		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-01081511002001		RESTAURAÇÃO RESINA		14		DO		1		188100	
2-01081511002001		RESTAURAÇÃO RESINA		15		OM		1		188100	
3-1111111111111111											
4-1111111111111111											
5-1111111111111111											
6-1111111111111111											
7-1111111111111111											
8-1111111111111111											
9-1111111111111111											
10-1111111111111111											
11-1111111111111111											
12-1111111111111111											
13-1111111111111111											
14-1111111111111111											
15-1111111111111111											
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/2024		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-Tipo de Faturamento 1-1		46-Total Quantidade US 176100		47-Valor Total R\$ 101010		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010	

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 12/11/2019	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2019	