



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

368666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842550	7-Data Validade da Senha 01/12/20
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020253021920000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome MARCIA DA SILVA GOMES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA DA SILVA GOMES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			20-Código CBO S		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05476318712	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-15	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		27-Número no CRO 31345	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 292,00		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 16/09/20 Monique Ferreira		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 Monique Ferreira		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Marcia da Silva Gomes	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/09/20					