



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

556530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 19/05/21	3-Data de Autorização 20/05/21	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8605096	6-Data Validade da Guia 17/08/21	7-Data de Realização 24/06/21						
8-Número da Carteira 0020253691340000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome VANDA BRITO SOARES LINS		14-Telefone 16/11/1972		15-Nome do Mafar do plano VANDA BRITO SOARES LINS								
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR		18-Número no CRO 40774		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -				
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 58329005615		22-Nome do Contratado Exatante MARINA MOREIRA SALVADOR		23-Número no CRO 40774		24-UF RJ		25-Código CBO S				
26-Nome do Profissional Exatante MARINA MOREIRA SALVADOR		27-Número no CRO 40774		28-UF RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Custo/Região	34-Fixo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00185400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	43	1	1	154,00	0,00	0,00		24/06/21		Marina
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
11/11/21		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		154,00		0,00		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 e contrito. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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, o valor referente 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 24/06/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/21			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/21			53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/21			

Sent B. Soares Li

Marina Moreira Salvador
Cirurgia - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia