

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



464115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/01/21	4-Data de Autorização 12/8/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8243579	7-Data Validade da Senha 12/8/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534601900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MARIA AJUDA PEREIRA DA CRUZ TEIXEIRA			14-Telefone (11) -		15-Nome do titular do plano MARIA AJUDA PEREIRA DA CRUZ TEIXEIRA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA GOLD SAUDE		18-Número no CRO 35384	19-UF RJ
20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01298472598		22-Nome do Contratado Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA		23-Número no CRO 35384	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA		27-Número no CRO 35384	28-UF RJ
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/01/21		Nathália
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/01/21		Nathália
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/01/21		Nathália
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/01/21		Nathália
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/01/21		Nathália
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/21	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 178,00	47-Valor Total R\$ 607,92	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 assinasse 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 28/01/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--