

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



544776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/21	4-Data de Autorização 07/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 544776	7-Data Validade da Senha 05/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253471660000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEZIA VIEIRA DA CUNHA			14-Telefone 08/06/1998	15-Nome do titular do plano KEZIA VIEIRA DA CUNHA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			07/05/21		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua da Quitanda, n.º 191 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20.091-005
RIO DE JANEIRO - RJ

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 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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 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 07/05/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/21	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/21	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 07/05/21
---	---	---	--



DRA.
Natalia Lopes
cirurgiã-dentista
CRO-RJ 49783

Solicitado Rx periapical isolado
sem laudo para a paciente Kezia
Vieira da Cunha para os elementos
28, 38 e 46 para análise de exo
e tratamento endodôntico.

Rio, 03/5/21

Dr. Natalia Lopes de Sousa
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-RJ 49783

Rua Conde de Bonfim 422,
sala 501, Tijuca
(Galeria Casa e Video)

☎ (21) 99501-3204
@ dra.natalialopess
✉ ntl.lopass@gmail.com