

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1029959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 06/12/21	4-Data de Autorização 12/12/10 06/12/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10044503	7-Data Validade da Sentença 12/10/10 09/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100121012547927100000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVI DUTRA SANTOS					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano ANGELA DUTRA BREVES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	18-Número no CRQ 41529	19-UF RJ	20-Código CEO S	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11088244000001010173	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA ESPACO FAMILIA LTDA	23-Número no CRQ 41529	24-UF RJ	25-Código CNES 6389430	
26-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	27-Número no CRQ 41529	28-UF RJ	29-Código CEO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				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 Cláusula 42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição										
1-1001830000089	EXODONTIA SIMPLES DE			62		1	73,100	0,10	0,10		12/13/10 10/12/21	5 ANOS SEM
2-1001830000089	EXODONTIA SIMPLES DE			74		1	73,100	0,10	0,10		12/13/10 10/12/21	5 ANOS SEM
3-1001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA			75	M	1	61,100	0,10	0,10		12/13/10 10/12/21	5 ANOS SEM
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1207,10	47-Valor Total R\$ 1010,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,10
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), 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 este 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 de Cirurgião-Dentista Solidante 12/13/10 10/12/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/13/10 10/12/21					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/10 10/12/21 ANJOS NR SEM					
53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/13/10 10/12/21					