

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



603171
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/06/21	4-Data de Autorização 30/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8760325	7-Data Validade da Senha 28/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539024900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HEBE SILVINA BECERRA DE RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HEBE SILVINA BECERRA DE RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FREDERICO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 22740	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00396167705	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FREDERICO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 22740	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FREDERICO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 22740	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	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	47,00	0,00			30/06/21		Bento
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	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 30/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/06/21
---	---	---	---