

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2º



444319
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/12/20	4-Data de Autorização 22/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8159944	7-Data Validade da Senha 21/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253276770000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEBORA FERNANDES DE LIMA		14-Telefone 22/03/1985	15-Nome do titular do plano DEBORA FERNANDES DE LIMA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THALYTA BRAGA DE MORAES		18-Número no CRO 46146	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10215691784		22-Nome do Contratado Executante THALYTA BRAGA DE MORAES		23-Número no CRO 46146	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THALYTA BRAGA DE MORAES		27-Número no CRO 46146		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-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	7300	0000		S	28 DEZ 2020		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 7300	47-Valor Total R\$ 000	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(ram) 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 28 DEZ 2020 <i>[Assinatura]</i> CRO - RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28 DEZ 2020 <i>[Assinatura]</i> CRO - RJ	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28 DEZ 2020 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--