

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

938720
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 14/12/21	4-Data de Autorização 10/08/10 14/12/21	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9776727	7-Data Validade da Semeta 10/17/10 17/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 100202025471654000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome ROBERTO RIBEIRO PEREIRA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data de Nascimento 27/08/1959	16-Endereço 1111-1111-1111	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO RIBEIRO PEREIRA	18-Data de Nascimento 27/08/1959
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RN N	20-Código do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 111538161507612111	22-Nome do Contratado Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	23-Número no CRO 41529	24-UF RJ
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
25-Nome do Profissional Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	26-Código do Profissional Executante 41529	27-Número no CRO 41529	28-UF RJ	29-Código CEO S	30-Código CEO S

31-Atendimento a RN N	32-Código do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	33-Código da Operadora / CNPJ / CPF 111538161507612111	34-Nome do Contratado Executante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	35-Número no CRO 41529	36-UF RJ
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
37-Nome do Profissional Solicitante FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	38-Código do Profissional Solicitante 41529	39-Número no CRO 41529	40-UF RJ	41-Código CEO S	42-Código CEO S

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Fratura/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Motivo da Classificação
1-00018100100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00		10/10/2021	
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

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 Fraturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / 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 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/10 14/12/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/10 14/12/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/10 14/12/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/08/10 14/12/21
---------------	--	--	--	---

Clinica Odontologica Espaço Família Ltda
CNPJ: 10.802.400/0001-73 / EPPAO-3041
(16) 2415-3381