

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



536924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 4 / 2 1		4-Data de Autorização 1 2 / 9 / 0 4 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8533597		7-Data Validade da Senha 1 2 / 7 / 0 1 7 / 1 2 1	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 1 0 2 0 2 5 3 6 5 6 8 3 0 0 0 0 1 0 1				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira / /				12-Número do Cartão Nacional da Saúde				13-Nome MARIA FRANCISCA VIEIRA DA CUNHA			
14-Teléfono ()				15-Nome do titular do plano MARIA FRANCISCA VIEIRA DA CUNHA				16-Data Validade da Carteira / /			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Nome do Profissional Solicitante N NATALIA LOPES DE SOUZA		18-Número no CRO 49783		19-UF RJ		20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 4 7 3 3 8 0 7 6 5			
22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		23-Número no CRO 49783		24-UF RJ		25-Código ONES		26-Nome do Profissional Executante NATALIA LOPES DE SOUZA			
27-Número no CRO 49783		28-UF RJ		29-Código CEO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabula		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Quantidade US	
1- 0 0 1 8 2 0 0 8 7 5		EXODONTIA SIMPLES DE		26		1		17 3 1 0 0		37-Valor	
2- 1										38-Franquia/Co-participação R\$	
3- 1										39-Aut	
4- 1										40-Data de Realização	
5- 1										41-Motivo da Classe 42-Assinatura	
6- 1										43-Valor Total R\$	
7- 1										44-Valor Total R\$	
8- 1										45-Valor Total R\$	
9- 1										46-Valor Total R\$	
10- 1										47-Valor Total R\$	
11- 1										48-Valor Total R\$	
12- 1										49-Valor Total R\$	
13- 1										50-Valor Total R\$	
14- 1										51-Valor Total R\$	
15- 1										52-Valor Total R\$	
53-Data, local e Assinatura 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.											
54-Observação											

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
0 4 / 1 0 / 5 / 2 0 2 1 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
0 4 / 1 0 / 5 / 2 0 2 1 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
0 4 / 1 0 / 5 / 2 0 2 1 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura da Empresa
0 4 / 1 0 / 5 / 2 0 2 1 Rio

DRA. NATÁLIA LOPES
CIRURGIA DENTISTA
CRO-RJ 49783

DRA. NATÁLIA LOPES
CIRURGIA DENTISTA
CRO-RJ 49783