



2-mail

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



594647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/21	4-Data de Autorização 28/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8731939	7-Data Validade da Senha 21/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253826150000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRENDA KELLY DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRENDA KELLY DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 25255	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07346548710	22-Nome do Contratado Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES	23-Número no CRO 25255	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RMD (I) 81000421-RII (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante MARCIA DE MELLO PROVENZANO GUIMARAES		27-Número no CRO 25255	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	28/06/21		x Sidney
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/06/21		x Sidney
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/06/21		x Sidney
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	28/06/21		x Sidney
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	28/06/21		x Sidney
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

03.037.318/0004-88
FACENTER
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DIGITAL DA FACENTER
Av. das Américas, nº 4668 - Sala 106
Centro Médico II - Barra Shopping
Barra da Tijuca - CEP 22.640-002
RIO DE JANEIRO - RJ

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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/06/21 x Sidney	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/06/21
---	---	--	---