



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

465017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 1 1 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8247293	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 4 / 2 1													
Dados do Beneficiário																		
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 3 7 7 2 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde														
13-Nome SOPHIA MEDEIROS DOS SANTOS LOPES		14-Teléfono 02/02/2015	15-Nome do titular do plano DAIANE MEDEIROS NASCIMENTO DOS SANTOS															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																		
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 1 0 2 1 5 6 9 1 7 8 4	22-Nome do Contratado Executante THALYTA BRAGA DE MORAES	23-Número no CRO 46146	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218														
26-Nome do Profissional Executante THALYTA BRAGA DE MORAES		27-Número no CRO 46146	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	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	85	ODL	1	1 2 2 0 0	0 0 0		S	12/02/21								
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
43-Data Provisão 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 1 2 2 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		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 12/02/21 Dra. Thalyta Braga de Moraes CRO-RJ 46.146													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21 Daiane Medeiros Nascimento		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa	