

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1677439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 8 / 1 1 / 1 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11865163	7-Data Validade da Senha 0 6 / 1 0 2 / 1 2 4
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 6 2 0 2 9 8 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ARTUR ALEJANDRO DE OLIVEIRA SILVA	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano VALDENISIA VIEIRA NUNES GOMES
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISABELLA PERRINE RODRIGUES FONSECA	18-Número no CRO 41133	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 9 4 9 6 1 1 3 0 0 0 1 6 5	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA HUMANA LTDA	23-Número no CRO 41133	24-UF RJ	Enviar - RX (0) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ISABELLA PERRINE RODRIGUES FONSECA	27-Número no CRO 41133	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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	46	OVL	1	1	1 2 2 0 0	0,00	0,00	S	13/11/23	
2- / / / / / / / / / /											
3- / / / / / / / / / /											
4- / / / / / / / / / /											
5- / / / / / / / / / /											
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 2 2 0 0	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), 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 13/11/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/23
---	---	---	---

39-496.1130001-65
Clínica Humana Odontologia
End. Av. Joaquim Rosa, nº269 - Sobrado
Aeroporto - Macaé/RJ