

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



349387
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/11/07 4-Caixa de Autorização 10/06/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7752784 7-Data Validade da Sentença 12/09/11 8-Data Validade da Sentença 12/10/11

8-Número da Carteira 100120252808200000001021 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAELA DE ANDRADES BRASIL 14-1 Telefone (1511) 3047100311 15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA CARVALHO DE ANDRADES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Aterramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL DOC 18-Número no CRO 11316 19-UF RS 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 70539197068 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO 23-Número no CRO 11316 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO 27-Número no CRO 11316 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	345	DOC ORTODONTICA "A"		1		381,00	0,00			06/08/20		24
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 381,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dentaldoc

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/08/20 Prof 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/20 Prof 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/20 Rita Andrade 53-Data local e Assinatura da Empresa 06/08/20 Marcelo Martins Viana FIRELI CNPJ: 3029950/0001-78