



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

444313
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/12/20	4-Data de Autorização 22/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8159939	7-Data Validade da Senha 21/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 002025327677000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira	
13-Nome DEBORA FERNANDES DE LIMA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DEBORA FERNANDES DE LIMA	
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10215691784		22-Nome do Contratado Executante THALYTA BRAGA DE MORAES		23-Número no CRO 46146	24-UF RJ
25-Código CNEB (1) 81000421-		26-UF RJ		27-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante THALYTA BRAGA DE MORAES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	14	00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
14,00		0,00		0,00	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Gloriosa	
S		28/DEZ/2020		28/DEZ/2020	
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento	
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	
				14,00	
46-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
0,00		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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	
28/DEZ/2020		28/DEZ/2020		28/DEZ/2020	
53-Data, local e Cópia da Empresa		54-Data, local e Cópia da Empresa		55-Data, local e Cópia da Empresa	