



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



492716
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/03/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8362259		7-Data Validade da Senha 03/06/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário										11-Data Validade da Carteira / /	
8-Número do Cartão 0020202530240800000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ALMIR DE LIMA JUNIOR		22/04/1971		14-Telefone () 68817929		15-Nome do titular do plano GENOVEVA DA CONCEICAO MARTINS ALVES					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA LOPES DE SOUZA		18-Número no CRO 49783		19-UF RJ		20-Código CBO S		25-Código CBO S	
21-Código na Operadora (CNPJ)/CPF 10473380765		22-Nome do Contratado Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		23-Número no CRO 49783		24-UF RJ		25-Código CBO S		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA LOPES DE SOUZA		27-Número no CRO 49783		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-45 (I) 81000421-RPID		31-Motivo da Realização 41- Assinatura	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor	
1-0085200166-45		45		1		1		258100		0000	
2-008100421-RPID		RPID		1		1		1400		0000	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto Término do Tratamento 19/03/21		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 27200		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000	

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 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 19/03/21 (Assinatura)		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21 (Assinatura)		52-Data, local e Assinatura da Empresa 19/03/21	
DRA. NATÁLIA LOPES CIRURGIÁ DENTISTA CRO-RJ 49783		DRA. NATÁLIA LOPES CIRURGIÁ DENTISTA CRO-RJ 49783		DRA. NATÁLIA LOPES CIRURGIÁ DENTISTA CRO-RJ 49783	