



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

21P

329849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 01/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7662042	7-Data Validade da Senha 23/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00202530521500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILIA MOREIRA DA CRUZ SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARILIA MOREIRA DA CRUZ SOUZA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	18-Número no CRO 45210	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09610042740	22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	23-Número no CRO 45210	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	27-Número no CRO 45210	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Causa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			01/07/20		
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 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ler 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 01/07/2017 Silva Melo de Oliveira Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2017 Marília Moreira da Cruz Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2 AF

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 01/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662101	7-Data Validade da Guia 23/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

329868
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202530521500001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILIA MOREIRA DA CRUZ SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARILIA MOREIRA DA CRUZ SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	18-Número no CRO 45210	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09610042740	22-Nome do Contratado Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	23-Número no CRO 45210	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante SILVIA MELO DE OLIVEIRA ROCHA	27-Número no CRO 45210	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 Cita	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00			01/07/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00			01/07/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00			01/07/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00			01/07/20		
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 1520,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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/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 01/07/20 - Silvia Melo de Oliveira Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/20 - Marília Moreira da Cruz Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--