



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

393623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 00/09/11 00/12/00		4-Data de Autorização 11/06/11 00/12/00		5-Senhla AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7949296		7-Data Validade da Senha 00/17/00 00/12/11		393623 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0000202025303801100000101011													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA													
11-Data Validade da Carteira 00/00/00 00/00/00													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome LUCIENE CANDEIA DA SILVA													
14-Telefone (000) 0000000000000000													
15-Nome do titular do plano LUCIENE CANDEIA DA SILVA													
16-Alimentação a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA													
18-Número no CRO 24111													
19-UF RJ													
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 4081-24													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18181571511606172000													
22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA													
23-Número no CRO 24111													
24-UF RJ													
25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA													
27-Número no CRO 24111													
28-UF RJ													
29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabella 31-Código do Procedimento													
32-Descrição NUCLEO METALICO BIPARTIDO													
33-Dente/Região 24													
34-Face 1													
35-Qtd 360													
36-Quantidade US 360000													
37-Valor 0000													
38-Franquia/Co-participação RS 0000													
39-Aut S													
40-Data de Realização 11/06/11													
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Assinatura													
43-Data Prescrição Término do Tratamento 00/00/00 00/00/00													
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 360000													
47-Valor Total RS 0000000000													
48-Total Franquia/Co-participação RS 0000000000													

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 responsável pelo contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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

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	53 - Data, local e Assinatura da Empresa
22/11/2023 Dr. Fernando R. Pereira	22/11/2023 Dr. Fernando R. Pereira	22/11/2023 Dr. Fernando R. Pereira	22/11/2023 Dr. Fernando R. Pereira
RJ - CD 24.111			

Dr. José Eduardo R. Zee
Cirurgião - dentista
RJ - CD 24.111