

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização 10/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7694455	7-Data Validade da Senha 07/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530404300000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILA SILVA DOS SANTOS				06/01/1996		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANE GONCALVES DELPHINO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 45998		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
18-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA DE PAULA MACEDO		23-Número no CRO 45998		24-UF RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14959294779		22-Nome do Contratado Executante LETICIA DE PAULA MACEDO		27-Número no CRO 45998		28-UF RJ		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA DE PAULA MACEDO									

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
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 34,00	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 13/07/2020 Leticia de Paula Macedo Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 45998	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/1996 Priscila Silva dos Santos	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	-------------------------------------