



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



468876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/21	4-Data de Autorização 03/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263629	7-Data Validade da Senha 04/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253509600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROBERTA URBANO RIBEIRO		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano ROBERTA URBANO RIBEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS		18-Número no CRO 42998	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1485422727		22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS		23-Número no CRO 42998	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS		27-Número no CRO 42998	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
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
6-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
7-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
8-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
9-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
10-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
11-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
12-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
13-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
14-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
15-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
43-Data Previsto 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 178,00		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 03/10/21 Dra. Ingrid Tranhaque Santos CRO: 42998		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/21 Dra. Ingrid Tranhaque Santos CRO: 42998		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/21 Roberta Urbano Ribeiro	
53-Data, local e Cópia da Expressa 03/10/21		54-Data, local e Assinatura do Profissional de Saúde 03/10/21			