

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/10/2011

4-Data de Autorização
12/10/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8813649

7-Data Validade da Senha
11/10/2011

619794
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
101020253974290001010102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/10/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
VINICIUS FERREIRA SILVA DAS NEVES

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
PALOMA CARVALHO DE MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LEONARDO GARCIA DE SOUZA

18-Número no CRO
38540

19-UF
RJ

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
105758019720

22-Nome do Contratado Executante
LEONARDO GARCIA DE SOUZA

23-Número no CRO
38540

24-UF
RJ

25-Código CNES

(I) 85100200
(II) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
LEONARDO GARCIA DE SOUZA

27-Número no CRO
38540

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				14/08/21		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00				14/08/21		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00				14/08/21		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00				14/08/21		
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00				19/08/21		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00				19/08/21		
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00				19/08/21		
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00				23/08/21		
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00				23/08/21		
10-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00				23/08/21		
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00				26/08/21		
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00				26/08/21		
13-00												
14-00												
15-00												

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

1759,00

47-Valor Total R\$

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, compreendendo-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 Carimbo da Empresa

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540