

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



319974
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2018	4-Data de Autorização 05/06/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7610504	7-Data Validade da Senha 01/09/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MANUELA AZEVEDO QUARESMA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano NEUZA AZEVEDO DAMASCENO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO	18-Número no CRO 39875	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05918695788	22-Nome do Contratado Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO	23-Número no CRO 39875	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PRISCILA PAMELA BRAGA JAMBO		27-Número no CRO 39875	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/2018		X
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 25/06/2018 Priscila Jambo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/2018 Priscila Jambo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--