



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

563207
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8627758	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537970600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAYANA DA SILVA SANTOS		14-Telefone 28/08/1994	15-Nome do titular do plano GENERSON DA SILVA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRANCA VENTURA MILIDIU	18-Número no CRO 29838	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08100700737	22-Nome do Contratado Executante BRANCA VENTURA MILIDIU	23-Número no CRO 29838	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BRANCA VENTURA MILIDIU		27-Número no CRO 29838	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	07/08/21		X Ruyana da S.S
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	07/08/21		X Ruyana da S.S
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	07/08/21		X Ruyana da S.S
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/08/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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 07/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/21
---	---	---	---

Odontoclinica da
Família Ltda
CNPJ:26611.497/0001-78