

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329987
INTERCÂMBIO

1-Registro INS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/2017	4-Data de Autorização 25/06/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662692	7-Data Validade da Senha 23/09/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253040380000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANNA LUIZA DO NASCIMENTO MARQUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA CONCEICAO DO NASCIMENTO		

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			

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	25/06/2017		[Assinatura]
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	25/06/2017		[Assinatura]
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 106,00	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 25/06/2017 Priscila Jambo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/2017 Priscila Jambo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2017 Adriana Conceicao	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------