



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Concluído



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/21	4-Data de Autocrização 06/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8787155	7-Data Validade da Senha 05/10/21	611675 INTERCÂMBIO
-----------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------

8-Número da Carteira 00202539100400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JACQUELINE PEREIRA DA CONCEICAO	14-Teléfono 19/02/1983	15-Nome do titular do plano JACQUELINE PEREIRA DA CONCEICAO
---	------------------------	---

16-Atendimento a RN CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI	17-Número no CRO 27786	18-UF RJ	19-Código CEO S 06	20-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
--	------------------------	----------	--------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00904972607	22-Nome do Contratado Excedente KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRO 27786	24-UF RJ	25-Código CEO S
---	--	------------------------	----------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU	27-Número no CRO 27786	28-UF RJ	29-Código CEO S
---	------------------------	----------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	D	1	61,00	0,00			06/08/21		
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MO	1	88,00	0,00			06/08/21		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/11/21	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 149,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/08/21	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/21	52-Data local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 06/08/21	53-Data local e Cartão da Empresa 06/08/21	54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/21
---	---	---	--	---

RE - Niterói - Centro