

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-VP

1400291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/04/23	4-Data de Autorização 04/04/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11074011	7-Data Validade da Senha 03/07/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253711290000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILVIA DE ARAUJO SANTOS SOARES 01/09/1962		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVIA DE ARAUJO SANTOS SOARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALI RIBEIRO DOS SANTOS	18-Número no CRO 53279	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42276374000184	22-Nome do Contratado Executante COREC CENTRO ODONTOLOGICO RIBEIRO E	23-Número no CRO 21713	24-UF RJ	25-Código CNES 3460924
26-Nome do Profissional Executante NATHALI RIBEIRO DOS SANTOS		27-Número no CRO 53279	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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/04/23		
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. Dedarei, 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 10/04/23 / 8.5h	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/23 / 8.5h	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/23 / Silvia Soares	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/04/23 / Centro Odontológico Corec
--	--	---	---

CNPJ: 42.276.374/0001-84
Rua Luiz Beltrão, 14 Sala 105
Vila Valqueire-RJ