



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



20036250

Identificação para você emitir

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/21	4-Data de Autorização 08/03/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8362270	7-Data Validade da Guia 03/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

492721
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535178200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome CLODOALDO ANTONIO DA SILVA	20/11/1970	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano CLODOALDO ANTONIO DA SILVA
---------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO	18-Número no CRO 6198	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8456182120	22-Nome do Contratado Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO	23-Número no CRO 6198	24-UF GO	25-Código CNES / /
---	---	--------------------------	-------------	-----------------------

26-Nome do Profissional Executante LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO	27-Número no CRO 6198	28-UF GO	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-Ant	40-Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42-Assinatura			
1-	0081000294	LEVANTAMENTO		1	22200	0,00	0,00	5,08	03/21						
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/03/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

ANTG SILVA

