

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1759470
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/01/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12098322	7-Data Validade da Senha 26/01/04/24
--------------------------	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020255603760000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO AUGUSTO DE LIMA	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano FERNANDO AUGUSTO DE LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	18-Número no CRO 41157	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1214747060000165	22-Nome do Contratado Executante CIOL SERVICOS ODONTOLÓGICOS S/S LTDA	23-Número no CRO 41157	24-UF MG	25-Código CNES 9947396	26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	27-Número no CRO 41157	28-UF MG	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
1-00085200158		TRATAMENTO ENDODONTICO	27	1	1	533000				22/01/24		
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 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533000	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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(ram) 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 Contratado-Solicitante 22/01/24	51-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/24	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/24	53-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/24
--	--	--	--

53-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/01/24

53-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/01/24