



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

654596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/21	4-Data de Autorização 10/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8921112	7-Data Validade da Senha 08/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539772000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS ROBERTO TECILA PIMENTA		14-Telefone 06/07/1975	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO TECILA PIMENTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	(1) 81000421-

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	10/08/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	10/08/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/21	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Total R\$ 06.316.719/0001-127
--	--	---	---------------------------------	-------------------------------------

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 obrigações previstas 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 assistente, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/21	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/21	54-Data, local e Assinatura da Operadora 10/08/21
---------------	---	---	---	--

ODONTODOC RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala (1011)
B. Alípio de Melo - Cep: 30.820-272
BELO HORIZONTE - MG