



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS
4066414

3-Data de Emissão da Guia
18/11/2016

4-Data de Autorização
12/11/2016

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8066282

7-Data Validade da Senha
16/10/2017

422149
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202153282640000101021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ISABELLY PINHEIRO VOLP

22/09/2016

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
RAIANE PINHEIRO LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

17-Plano
POS REDE PRESTADORA

18-Número no CHO
39372

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
06312468607

22-Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

23-Número no CHO
39372

24-UF
MG

25-Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

26-CPF
06312468607

27-Número no CHO
39372

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065				34	0,00			11/11/2016		Raiane
2	00	84000090				72	0,00			11/11/2016		Raiane
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Término do Tratamento
11/11/2016

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcel

46-Total Quantidade US
106,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaração: 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
11/11/2016

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/2016

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
11/11/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/2016

Assinatura
Ana Carolina Dias
Ortodontista
CRO-MG 99172