

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2569053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 1 2 / 2 5	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha	6-Número da Guia Principal 14694892	7-Data Validade da Senha 0 3 / 0 2 / 2 6
--------------------------	--	----------------------------------	---------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 4 1 0 2 4 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701801261985376
13-Nome NURIA NEI RODRIGUES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NURIA NEI RODRIGUES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante UAI SORRISO BH	18-Número no CRO 32065	19-UF MG	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 2 6 8 7 7 8 8 0 0 0 1 9 9	22-Nome do Contratado Executante ELISA TAVARES TOLEDO DOS SANTOS	23-Número no CRO 32065	24-UF MG	25-Código CNES 9070729
26-Nome do Profissional Executante ELISA TAVARES TOLEDO DOS SANTOS		27-Número no CRO 32065	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0 0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	7 3 0 0	0 0					
2-	0 0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	48		1	7 3 0 0	0 0					
3-	0 0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	7 3 0 0	0 0					
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 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--