



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



636430
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2017	4-Data de Autorização 28/10/2017	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8865235	7-Data Validade da Serção 25/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Serção 25/11/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Serção 00202538125800000101					
13-Nome MARIA DO CARMO CARVALHO		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Bulão do plano MARIA DO CARMO CARVALHO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 35532	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0554869813	22-Nome do Contratado Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	23-Número no CRO 35532	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-RPDI
26-Nome do Profissional Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES		27-Número no CRO 35532	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 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 Clima	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,10	0,10	S	28/10/2017	1.1.1.1	1.1.1.1
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,10	0,10	S	28/10/2017	1.1.1.1	1.1.1.1
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,10	0,10	S	28/10/2017	1.1.1.1	1.1.1.1
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPDI	1	1	14,00	0,10	0,10	S	28/10/2017	1.1.1.1	1.1.1.1
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	56,10	0,10	

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 Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	53-Data, local e Carimbo da Empresa
		28/10/2017		

Cirurgião-Dentista / Radiologista
C.R.O. 35532