

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



352313
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2018	4-Data de Autorização 10/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7767278	7-Data Validade da Senha 04/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530766300000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JULIANO DE OLIVEIRA MIZAE		14-Telefone 29/08/1989		15-Nome do titular do plano REMERTON RODRIGUES DE SOUSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CROMA RADIOLOGIA E IMAGEM ODONTOLOGICA			18-Número no CRO 27345	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02941051660		22-Nome do Contratado Executante MARCELO LUIZ MELO SIMOES		23-Número no CRO 27345	24-UF MG
28-Nome do Profissional Executante MARCELO LUIZ MELO SIMOES		27-Número no CRO 27345		25-Código CNES	26-Código CBO S 09
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	13/10/2018		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	13/10/2018		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	13/10/2018		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	13/10/2018		
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 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 13/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2018
---------------	---	---	---	---

Dr. Marcelo Luiz Melo Simões
Cirurgião Dentista
Implante, Prótese, Sobre Implante, Radiologista
CRO - 27.345