

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



424801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8077841	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253246290000101	9a-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MIKE GERMANO DE CARVALHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MIKE GERMANO DE CARVALHO
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Data Validade da Senha 25- Faturar Empresa Enviar - RX (I) 8100421-RIS (I) 8100421-RIL
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110679177647	23-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	24-UF MG	25-Código CNES (I) 8100421-RIS (I) 8100421-RIL
---	---	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Trabalho	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	0348	DOC ORTODONTICA "E"			1	267,00	0,00			27/11/20		
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			27/11/20		
3-0	081000421	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00			27/11/20		
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/11/20	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 295,00	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), 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 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/20
---	---	---	---