



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

395564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/11 01/12/01	4-Data de Autorização 11/09/11 01/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956988	7-Data Validade da Senha 11/12/11 01/12/11										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0002025305164000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome ALEX EVANGELISTA MACIEL		14-Telefone 04/07/1986	15-Nome do titular do plano ALEX EVANGELISTA MACIEL												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO MARCOS RIBEIRO PIRES	18-Número no CRO 13761	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04315415154	22-Nome do Contratado Executante JOAO MARCOS RIBEIRO PIRES	23-Número no CRO 13761	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400262-15										
26-Nome do Profissional Executante JOAO MARCOS RIBEIRO PIRES		27-Número no CRO 13761	28-UF GO	29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura			
1-0	085400157	COROA TOTAL METALO-	15	1	1	1343000	000	000	S	02/12/20		Libere Samuel			
2-0	085400262	PINO PRE-FABRICADO	15	1	1	18000	000	000	S	02/12/20		Libere Samuel			
3-1															
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 Fim do Tratamento 02/12/20						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 1461000		47-Valor Total R\$ 000000		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															
Dr. João Marcos Ribeiro Pires Cirurgião Dentista CRO-GO 13761															
Dr. Alex Evangelista Maciel Cirurgião Dentista CRO-GO 13761															
50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Alex Evangelista Maciel															
51-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 02/12/20															
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20															
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20															