



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

413979
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8031978	7-Data Validade de Senha 05/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532237200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO FILIPE SILVERIO DE SOUZA		14-Telefone 14/02/1995	15-Nome do titular do plano JOAO FILIPE SILVERIO DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 8° 000405
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
2-					7800
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20					
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 7800	
47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000		49-Observação	
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.					
50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20 Anderson Lara e Silva					
51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 Joao Filipe Silverio de Souza					
52-Data, Local e Assinatura da Empresa 14/12/20 DENTAL UNI COOPERATIVA					
53-Data, Local e Assinatura da Empresa 14/12/20 DENTAL UNI COOPERATIVA					

Anderson Lara e Silva
CRO 18381ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTIA LTDA
Av. Paulo Machado de Carvalho, 30, 830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS