



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

420209
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8058526	7-Data Validade da Senha 14/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252933920000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELAINE RODRIGUES DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELAINE RODRIGUES DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	20/11/20		Elaine
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	20/11/20		Elaine
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	19/11/20		Elaine
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	19/11/20		Elaine
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	23/11/20		Elaine
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	23/11/20		Elaine
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	23/11/20		Elaine
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	19/11/20		Elaine
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	19/11/20		Elaine
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/20	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 657,00	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 seus efeitos, foi ou foi não 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 23/11/20 Alice de Lacerda Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Alice de Lacerda Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Elaine Rodrigues de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------