



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

425749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081553	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532366300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLAUCILENE LOPES ARRUDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GLAUCILENE LOPES ARRUDA	

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 Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100226
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
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO S

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	13	IM	1	88,00	0,00		S	25/11/20		
2-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VDPM	1	122,00	0,00		S	25/11/20		
3-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DMVP	1	122,00	0,00		S	25/11/20		
4-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDPM	1	122,00	0,00		S	26/11/20		
5-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DMVP	1	122,00	0,00		S	26/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/11/2023	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 576,00	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 26/11/2023 Alice de Lacerda Marques Cirurgiã Dentista CROMG 18211	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2023 Alice de Lacerda Marques Cirurgiã Dentista CROMG 18211	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2023 Glaucele Lopes Arruda	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------