



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1828219
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 13/12/14	4-Data de Autorização 12/06/10 13/12/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12306374	7-Data Validade da Senha 12/06/10 13/12/14
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202554720800011803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY MINAS GERAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CLARA DUTRA SANTOS		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano PEDRO PAULO DE OLIVEIRA SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA FIDELIS PIRES SILVA	18-Número no CRO 53846	19-UF MG	20-Código CBO S	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 20519963000103	22-Nome do Contratado Exercente CENTRO DE RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS	23-Número no CRO 138	24-UF MG	25-Código CNES 3669947	26-Data de Nascimento 28/03/24
26-Nome do Profissional Exercente OLNEY JARDIM		27-Número no CRO 138	28-UF MG	29-Código CBO S 09	30-Data de Nascimento 28/03/24
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Código/Região	35-Face	36-Quantidade US
1-00181000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1400
2-00181000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	1400
3-00181000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	1400
4-00181000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1400
5-00181000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	1400
6-00181000421	RX PERIAPICAL	RRI	1	1	1400
7-00181000421	RX PERIAPICAL	RCID	1	1	1400
8-00181000421	RX PERIAPICAL	RCIE	1	1	1400
9-00181000421	RX PERIAPICAL				
10-00181000421	RX PERIAPICAL				
11-00181000421	RX PERIAPICAL				
12-00181000421	RX PERIAPICAL				
13-00181000421	RX PERIAPICAL				
14-00181000421	RX PERIAPICAL				
15-00181000421	RX PERIAPICAL				
43-Data de Realização do Tratamento 28/03/2024					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 11200					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00					
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 realizados 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-Observações					
CLÍNICA DE TOMOGRAFIA E RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS LTDA CNPJ 10.944.720/0001-84 Av. Brasil 1360 JF LJ 19 Tel: 3537.2345 / 3537.1174					
50-Data Assinatura e Assinatura da Operadora Substituta 28/03/2024		51-Data Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado 28/03/2024		52-Data Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado 28/03/24	