

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2015	4-Data de Autorização 03/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597810	7-Data Validade da Senha 25/10/2018	317401 INTERCAMBIO
8-Número da Carteira 1002020253021599000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIANO THIAGO DIAS DA COSTA		14-Telefone 2407/1989		15-Nome do titular do plano VANIA BEATRIZ DIAS		
16-Atendimento a/RN N		17-Nome de Profissional Solicitante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA		18-Número no CRO 48860		19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1631011393260011		22-Nome do Contratado Executante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA		23-Número no CRO 48860		24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA		27-Número no CRO 48860		28-Código CBO S		29-Código CBO S
30-Tabela		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd
1-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36100
2-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36100
3-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36100
4-0	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36100
5-0						
6-0						
7-0						
8-0						
9-0						
10-0						
11-0						
12-0						
13-0						
14-0						
15-0						
43-Data Previsão término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Tipo de Faturamento

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, ve por mim assinado(s), folharam 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

10/11/2017/1201

Dra. Arivalda Silva

CRO-MG 48.860

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/11/2017/1201

Dra. Arivalda Silva

CRO-MG 48.860

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/11/2017/1201

x. Fabiano Dias

53-Data, local e Assinatura da Empresa

01/11/2017/1201

Dra. Arivalda Silva

CRO-MG 48.860