

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



358908  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/10/2018 4-Data de Autorização 19/10/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7796527 7-Data Validade da Senha 16/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530770200000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ALAN GUSTAVO SANTOS MEIRELES 02/10/2005 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUCIRLEY SANTOS MEIRELES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 43418 19-UF MG 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1067917761471 22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES 23-Número no CRO 43418 24-UF MG 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

DANIEL FELIPE NUNES

27-Número no CRO

43418 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabula | 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 Recusa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 81000421                 | 0               | 4       | 2      | 1                |          |                                 |        |                       |                     |               |
|           |                           | RX PERIAPICAL            | RIS             |         | 1      | 14,00            |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 2-1       | 0                         | 0                        | 81000375        | 1       | 4      | 0                |          |                                 |        |                       |                     |               |
|           |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 3-1       | 0                         | 0                        | 81000375        | 1       | 4      | 0                |          |                                 |        |                       |                     |               |
|           |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 4-1       | 0                         | 0                        | 81000375        | 1       | 4      | 0                |          |                                 |        |                       |                     |               |
|           |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 5-1       | 0                         | 0                        | 81000375        | 1       | 4      | 0                |          |                                 |        |                       |                     |               |
|           |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 6-1       | 0                         | 0                        | 81000405        | 1       | 7      | 8                | 0        |                                 |        |                       |                     |               |
|           |                           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |                 |         | 1      | 78,00            |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/08/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 148,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 no 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 este 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 20/10/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2018 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2018 53-Data, local e Carteira da Empresa 20/10/2018

