



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

727214
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/21	4-Data de Autorização 04/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9132516	7-Data Validade da Senha 31/12/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202538036900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MARILUCE ALVES RIBEIRO		14-Telefone 16/09/1980	15-Nome do titular do plano MARILUCE ALVES RIBEIRO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	000		S	05/10/2021		Mariluce
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/21		44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 22200		47-Valor Total R\$ 000		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 05/10/21		51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/21		52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/21		53-Data Local e Assinatura do Profissional Contratado 05/10/21						

Antes de LARA e SILVA
CRO 18.381727214
ODONTODOC-RAL
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTDA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 110
B. Alípio de Melo
BELO HORIZONTE
Cap: 30.820-27