

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



755781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/21	4-Data de Autorização 25/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9214045	7-Data Validade da Senha 23/01/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538700200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO GUIMARAES ALVES		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRD 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 CRD 18381	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRD 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	

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	222,00	0,00		S	25/10/21		Andrigo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/21	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 222,00	47-Valor Total R\$ 222,00
--	--	---	----------------------------------	------------------------------

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 e a pagar em minha conta de prestação de serviços em nome e por minha conta, do profissional responsável pelo tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/21	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/21	54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 22/10/21
---	---	---	---

Andrigo Lara e Silva
CRO 18.381

25/10/21
ODONTODOC RADIOGRAFIAS
ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTICA LTA
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala (1011)
A. Alípio de Melo - Cep: 30.820-272
BELO HORIZONTE - MG