

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-MP



543532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/06/2015 4-Dia de Autorização 11/05/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8558642 7-Dia Validade da Guia 10/04/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252494770000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa JANAINA ISABEL PARAIZO 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JANAINA ISABEL PARAIZO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICERTA 14/04/1976 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JANAINA ISABEL PARAIZO 18-Número no CRO 23855 19-UF MG 20-Código CBO S 06 24-UF MG 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 032218511650 22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO 23-Número no CRO 23855 28-UF MG 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO

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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00			10/05/21		X
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00			10/05/21		X
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00			10/05/21		X
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00			10/05/21		X
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00			10/05/21		X
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/05/21	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 178,00	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 a 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 10/05/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/05/21

Ana Paula de V. Ministerio
CRO-MG: 23.955