

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



INTERCAMBIO

345217

1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2017 4-Data de Autorização 12/08/2017 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7733727 7-Data Validade da Santa 12/12/2017

8-Número da Carteira 000201253108000000000001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JORGE TADEU FERNANDES 26/11/1997 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JORGE TADEU FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CRO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 025 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23-Número no CRO 39372 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27-Número no CRO 39372 28-UF MG 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Jul	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					
3	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					
4	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					
5	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43	00	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchise / 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Ana Carolina Dias

Ortodontia

CRO-MG-29372

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Jorge Tadeu Fernandes