



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



659726

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 13/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8936515	7-Data Validade da Senha 11/11/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202508882800016502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JOAO MARCOS POYER MELO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LIANE APARECIDA POYER									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRID CENTRO RADIOLOGICO DE IMAGEM E DIAGNOSTICO LTDA	18-Número no CRD 16130	19-UF MG	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49822888600	22-Nome do Contratado Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS	23-Número no CRD 16130	24-UF MG	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante MARIA CRISTINA FRANCO DE FREITAS		27-Número no CRD 16130	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 U9	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1400	0,00			13/08/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/21		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 U9 1400		47-Valor Total R\$ 0,00		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 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 13/08/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/21						

PEDIDO DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Encaminhado (a) João Marcos Poyer

pelo convênio Dental Uni

Para radiografia periapical do dente 37 avaliação de caries e canais .

0020.2508882800016502

Phamela Cristina Bernardes Naves
Cirurgiã Dentista
CRO MG: 44060

Phamela C. B. Naves

Dra. Phamela Cristina Bernardes Naves

CRO/MG 44060

COE- Centro Odontológico e Estética

Rua Coronel Antônio Alves Pereira, N799 Telefone: 3210-3802

Data: 13/08/2021