



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

439279
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8138257	7-Data Validade da Senha 11/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533094300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DARCI ANTONIO DE SOUZA SILVA 01/10/1959		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ELIANE GOMES DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634	22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES		27-Número no CRO 18211	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			18/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			18/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			18/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			18/12/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/12/20	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 174,00	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), 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 18/12/20 Alice de Lacerda Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20 Alice de Lacerda Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20 Eliane Gomes de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------