



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

415191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036865	7-Data Validade da Senha 07/02/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202533105400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ELAINE APARECIDA JOAO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELAINE APARECIDA JOAO DOS SANTOS									
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 Olosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	61,00	0,00		S	17/11/20		Elaine
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Revisão / Término do Tratamento 17/11/20		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 61,00		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), 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 Alice de Lacerda Marques Cirurgião Dentista CRMG 18211												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/20 Guadalupe de Moraes				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20 Guadalupe de Moraes				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 17/11/20 Elaine J. dos Santos			53-Data, local e Carimbo da Empresa	