



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

374836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868522	7-Data Validade da Senha 13/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025319420000000101		13-Nome ECLESIO MARTINS SOARES		14-Telefone 07/07/1958		15-Nome do titular do plano ECLESIO MARTINS SOARES			

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 G25 - 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 CNEB	
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 Omissão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/09/20		8 clis
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/09/20		8 clis
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		8 clis
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/09/20		8 clis
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		8 clis
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/09/20	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 178,00	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 valores cobrados pelo 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 realizados de forma satisfatória, 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 25/09/20 Alice de Lacerda Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20 Alice de Lacerda Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 Eclesio Martins Soares	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------