



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

425841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081935	7-Data Validade da Senha 21/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531806400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAFAELA DIAS SANTOS		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE 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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		1 @
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		1 @
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	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 122,00	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			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/20, P. B. A. Marques			
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20, P. B. A. Marques			
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20, P. B. A. Marques		53-Data, local e Carimbo da Empresa	