



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



606210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2017	4-Data de Autuação 10/05/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8769862	7-Data Validade da Senha 13/02/2019
--------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002025312188000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELLEN FERNANDA DE OLIVEIRA	13/06/1984	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano SUELLEN FERNANDA DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 35532	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CBO / CPF 055489813	22-Nome do Contratado Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	23-Número no CRO 35532	24-UF MG	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000421-RPID (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RPD
26-Nome do Profissional Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	27-Número no CRO 35532	28-UF MG	29-Código CBO S						

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	0	81000405				78	0	0				
2-0	0	81000421				14	0	0				
3-0	0	81000421				14	0	0				
4-0	0	81000375				14	0	0				
5-0	0	81000375				14	0	0				
6-0	0	81000375				14	0	0				
7-0	0	81000375				14	0	0				
8-0	0	81000375				14	0	0				
9-0	0	81000375				14	0	0				
10-0	0	81000375				14	0	0				
11-0	0	81000375				14	0	0				
12-0	0	81000375				14	0	0				
13-0	0	81000375				14	0	0				
14-0	0	81000375				14	0	0				
15-0	0	81000375				14	0	0				

43-Data Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totai 2-Parcial	1182,00	10,00	

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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Obtenção	50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa