



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

438888
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064 14	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 2 / 1 2 0	4-Data de Autorização 1 5 / 1 2 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8136790	7-Data Validade da Senha 1 0 / 1 0 3 / 1 2 1
---------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 0 4 4 5 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RYAN LUCCA DOS SANTOS ESTEVAM	14-Telefone 01/11/2013 () - - - - -	15-Nome do titular do plano GILCIMARA DIAS 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 4 9 7 9 5 4 2 2 6 3 4	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-	0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2 0 0	0,00			15/12/20		Gilcimara
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 15/12/20	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 7 2 0 0	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(m) realizado(s) de acordo com o 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	Cirurgião Dentista CROMG 18211
---------------	-----------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/12/20 Gilcimara Dias dos Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/20 Gilcimara Dias dos Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20 Gilcimara Dias dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------