



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

433708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2020	4-Data de Autorização 03/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8114391	7-Data Validade da Senha 03/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527550000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SERGIO LUIZ HELIODORO			14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SERGIO LUIZ HELIODORO
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
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
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		25 - Faturar Empresa			

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/11/2020		
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/11/2020		
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/11/2020		
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/11/2020		
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/11/2020		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Termino do Tratamento 15/11/2020	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 174,00	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, 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 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 Recente fumante o exerceu trabalhos em ranchos de tabaco em resinas. Nenhum cálculo e mancha ruins.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2020 Alice de Lacerda Marques	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2020 Alice de Lacerda Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2020 Sergio Luiz Heliodoro	53-Data, local e Carimbo da Empresa