



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

388417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/20	4-Data de Autorização 05/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7927880	7-Data Validade da Senha 31/12/20
8-Número da Carteira 002025325222000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVANILDE ROSA BRAZ DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVANILDE ROSA BRAZ DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ALICE DE LACERDA MARQUES	18-Número no CRO 18211	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49795422634			22-Nome do Contratado Executante ALICE DE LACERDA MARQUES	23-Número no CRO 18211	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante ALICE DE LACERDA MARQUES			27-Número no CRO 18211	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					EVANILDE
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					EVANILDE
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					EVANILDE
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					EVANILDE
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00					EVANILDE
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/20	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 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, 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(ram) 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 06/11/20 EVANILDE ROSA BRAZ DOS SANTOS	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20 ALICE DE LACERDA MARQUES	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 EVANILDE ROSA BRAZ DOS SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------