



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7900184	7-Data Validade da Senha 22/12/20	381956
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020253142460000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MARCELO ROSA GERMANO						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372		19-UF MG	20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS		23-Número no CRO 39372	24-UF MG	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS		27-Número no CRO 39372		28-UF MG	29-Código CRO S	
Faturar Empresa						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-1-Tabula 1.000810100065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Fraco 1	35-Cuid 1	36-Quantidade US 34,00	37-Valor 10,00
2.000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00
3.000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00
4.000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00
5.000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
43-Data Previsto Término do Tratamento 01/11/20						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 1178,00						
47-Valor Total R\$ 10,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						
49-Observação						
Declaração, 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) 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.						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 01/11/2020						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 01/11/2020						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2020						
53-Data, local e Carimbo da Empresa Ana Carolina Dias Ortodontia CRO-MG 39372						